LUANA RIBEIRO BORGES

SOBRE AUTONOMIAS DIRIGIDAS E VESTÍGIOS DO PASSADO: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica.

CAMPINAS
2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva

SOBRE AUTONOMIAS DIRIGIDAS E VESTÍGIOS DO PASSADO: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica.

LUANA RIBEIRO BORGES

Dissertação de mestrado apresentada à pós-graduação em Saúde Coletiva vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política Planejamento e Gestão.

Orientadora: Profª. Drª. Rosana Onocko Campos.

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B6448s

Borges, Luana Ribeiro, 1981-
Sobre autonomias dirigidas e vestígios do passado : repercussões da gestão autônoma de medicamentos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica / Luana Ribeiro Borges. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Rosana Tereza Onocko Campos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Autonomia do paciente. 4. Psicotrópicos. 5. Medicalização. I. Campos, Rosana Onocko,1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Controlled autonomies and remains of the past : effects of autonomous psychotropic medication management in narratives of primary care workers
Palavras-chave em inglês:
Mental health
Primary health care
Patient autonomy
Psychotropic drugs
Medicalization
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Mestra em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Rosana Tereza Onocko Campos [Orientador]
Luciane Prado Kantorski
Toyoko Saeki
Data de defesa: 17-02-2014
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LUANA RIBEIRO BORGES

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

1. **PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS** _____
2. **PROF(A). DR(A). LUCIANE PRADO KANTORSKI** _____
3. **PROF(A). DR(A). TOYOKO SAEKI** _____

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 de fevereiro de 2014

AGRADECIMENTOS

> *"No fundo do mar - quem faz mergulho sabe - a boca fica fechada. Somos todos olhos e ouvidos. [...] Aí, livres dos ruídos do falatório e dos saberes da filosofia, ouvimos a melodia que não havia. Que de tão linda nos faz chorar".*
>
> *Rubem Alves (2003, p.64)*

Ao meu grande amor e parceiro Rafael por ter estado ao meu lado sempre, me encorajando, confortando e apoiando em todos os momentos. Por me ensinar todos os dias que a vida pode ser suave e que nem toda luta precisa ser com sofrimento.

Aos meus sogros Vera e Hilário pelo apoio e afeto que dedicaram a nós e por estarem sempre dispostos a nos amparar e acolher. Vocês são pessoas muito especiais.

A minha mãe por ter me dado a oportunidade de estar nessa vida e por me ensinar a suportar quando o caminho é mais duro do que gostaríamos.

Aos meu irmãos Max e Letícia pelo amor, respeito e cumplicidade. Foi disso que tirei forças para trilhar grande parte do meu caminho.

Aos meu sobrinhos Willer e Matheus pela alegria que é estar ao lado de vocês.

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado me possibilitando lindos encontros de potência, me inspirando a desenvolver formas criativas de existência.

Aos leitores oficiais desse trabalho Janaina, Juliana, Rafael, Fernanda e Claudia que me ajudaram a alcançar tão belo resultado.

Aos grandes Mestres que me acompanharam em minha formação contribuindo para que eu me tornasse a profissional que sou hoje Valquiria Bielemann e Luciane Kantorski. Em especial a Rosana Onocko Campos pelo cuidado e implicação que tem com grupo de pesquisa, a rede de saúde e com seus orientandos.

Ao **Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde mental: interfaces** por ter me acolhido e me possibilitado crescer tanto profissionalmente como pessoalmente. Pelos encontros éticos e democráticos que me ensinaram essa forma implicada de fazer pesquisa.

Em especial ao Deivisson e Sabrina pela parceria no estudo que deu origem a minha dissertação.

Ao CAPS III Novo Tempo, colegas de trabalho e usuários, por compartilharem comigo experiências de tamanha intensidade que me forçaram a viver a hermenêutica de Gadamer na pele. As histórias e as vidas que tive o privilégio testemunhar.

A Perci pela escuta habilidosa, responsável e transformadora que tive a sorte de encontrar.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma se colocaram ao meu lado neste percurso formativo e nos caminhos da vida. Reconheço cada um de vocês, os aprendizados que tive os momentos de encontro e desencontro que me levaram a trilhar meu caminho até aqui.

Agradeço a vida por ter me proporcionado inúmeras e valiosas “experiências desalojadoras do eu”, as quais me possibilitaram redesenhar minha face e reconfigurar meu estar no mundo.

EPÍGRAFE

“É incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre”.

Bondía (2002, p.23)

RESUMO

No Brasil a prescrição de psicofármacos pode ser considerada uma prática ainda não reformada, tendo em vista que, pesquisas recentes apontam para o baixo *empowerment* dos usuários em relação a seus tratamentos medicamentosos, deixando o poder desta decisão a critério apenas dos profissionais de saúde.

Considerando isso, utilizamos o "medicamento" como gatilho para analisar o conflito de forças existentes em toda escolha clínica, inclusive na gestão da medicação. Conduzimos desta forma, por entender que ele ocupa um lugar importante quando se pretende problematizar as relações de poder existentes entre pacientes e profissionais de saúde.

Assim, o objeto desse estudo está pautado nas inter-relações usuário/trabalhador/serviço de saúde, a quais tornam-se reveladoras dos desafios colocados a atual Política Nacional de Saúde Mental. Adotamos como base a estratégia de gestão autônoma de medicamentos (GAM), pois esse dispositivo tem se mostrado um intercessor potente para trabalhar tais questões.

Então, buscando reconhecer seus efeitos naqueles que vivem a experiência GAM, desenvolvemos um estudo hermenêutico-narrativo de caráter qualitativo. Esse estudo fundamentou-se no tripé avaliação, participação e intervenção e teve como sujeitos-participantes trabalhadores da rede de assistência à saúde mental e estudantes de especialização em saúde da Unicamp. Foram realizados 9 Grupos de Intervenção GAM (GIs), sendo 4 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Cada grupo contava com 2 operadores GAM (1 trabalhador e 1 estudante) e 10

usuários de psicotrópicos. Os GIs foram realizados nos serviços de saúde, com encontros semanais e duração média de 7 meses, atingindo nesse período 51 usuários e 29 operadores GAM.

A fase de colheita dos dados ocorreu de Julho de 2011 à maio de 2012. Metodologicamente a pesquisa foi construída a partir da triangulação de métodos (entrevista semiestruturada, diário de bordo e oficinas de debate e aprofundamento). As entrevistas foram transcritas e transformadas em metanarrativas através da extração dos núcleos argumentais e após foram validadas por diferentes pesquisadores. O material foi analisado sob a perspectiva Gadameriana.

Essa dissertação irá discutir os resultados obtido pelas entrevistas e irá considerar apenas a voz dos trabalhadores da Atenção Básica (8 metanarrativas). A escolha de trabalhar com esse segmento da atenção básica deu-se por entender que a mudança paradigmática resultante da Reforma Psiquiátrica brasileira vem solicitando cada vez mais a atuação desse nível de atenção nos cuidados à saúde mental de sua população adscrita.

As falas desses trabalhadores trouxeram à tona a supervalorização do saber científico em detrimento do saber da experiência. Também, desvelaram a existência de modos de restrição da autonomia tanto do usuário como dos profissionais de saúde e as armadilhas que conduzem a medicalização e a restrição da liberdade e do cuidado de si. Ao mesmo tempo, foi possível observar o surgimento de um devir hermenêutico nos participantes do estudo, um movimento de colocar em questão as próprias verdades e as relações de saber/poder existente na clínica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Autonomia, Psicotrópicos.

ABSTRACT

In Brazil psychotropic prescription can be considered a practice not yet reformed, given that recent studies show low empowerment of users regarding their drug treatments, letting this important decision only to the health professionals.

Considering this, we use "drug" as a start to review the existing conflict of forces across clinical choice, including the management of medication. We conducted this way, understanding that it plays an important role when we intend to analyze the existing power relations between patients and health professionals.

Thus, the object of this study is based in the interrelationships user / worker / health care service, which reveal the challenges to the current National Mental Health Policy. We adopt as a basis the strategy of Autonomous Medication Management (GAM), because this device has proved to be a powerful intercessor to work such issues.

So, trying to recognize their effects on those living GAM experience, we developed a hermeneutic-narrative qualitative study. This study was based on tripod evaluation/ participation/ intervention, and had as participating subjects, mental healthcare staff and health specialization students of Unicamp. We performed 9 GAM Intervention Groups (GIs), 4 in Basic Health Units (UBS) and 5 in Psychosocial Care Centers (CAPS). Each group had 2 GAM operators (1 worker and 1 student) and 10 users of psychotropic drugs. The GIs were performed at services with weekly meetings and mean duration of 7 months, reaching in total 51 users and 29 GAM operators.

The collection of data occurred from July 2011 to May 2012. The survey was constructed from the triangulation of methods (semi-structured interviews, logbook and

workshops for discussion and deepening). The interviews were transcribed and processed in metanarratives through the extraction of argumentation nuclei, and then validated by different researchers. The material was analyzed under the Gadamerian perspective.

This dissertation will discuss the results obtained by interviews and will consider only the voice of the Primary Care workers (8 metanarratives). The reason for choosing to work with primary care is related to the fact that it is increasingly being requested in the context of Brazilian psychiatric reform with regard to mental health care for its enrolled population

The discourses of these workers have brought to light the overvaluation of scientific knowledge at the expense of learning from experience. Also unveiled the existence of modes of restricting the autonomy for both the users and the healthcare professionals and the pitfalls that lead to medicalization and freedom and self-care restrictions. At the same time, we observed the emergence of a hermeneutic becoming in the study participants, a movement to put into question the very truths and knowledge/power relations existing in the clinic.

Key words: Mental Health, Primary Health Care, Autonomy, Psychotropic drugs.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estruturação do GUIA GAM 41
Tabela 2 - Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (Início dos grupos GAM) 56
Tabela 3 - Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (Final dos grupos GAM) 60

Lista de Figuras

Figura 1 - Etapas de sensibilização para definição dos participantes e entrada no campo 59
Figura 2 - Triangulação de métodos 65
Figura 3 – Método de colheita e análise de dados. 66

Lista de Abreviaturas

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
GAM – Gestão Autônoma da Medicação
GGAM – Grupo de Gestão Autônoma da Medicação
GI´s – Grupos de intervenção
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS ..... **VI**

RESUMO ..... **IX**

1 Introdução **17**

1.1 O presente das coisas passadas: lembranças de uma reforma que mudou a história da loucura. 20

1.2 O presente das coisas presentes: desafios à um cuidado que tem nas práticas a refiguração do passado. 31

1.3 O presente das coisas futuras: horizontes de um cuidado promotor e potencializador de vidas. 43

2 Objetivos **47**

3 Caminho teórico-metodológico **48**

3.1 O delineamento da pesquisa “maior” 50

3.1.1 O reconhecimento do campo 54

3.1.2 A identificação dos participantes 62

3.1.3 O tratamento dos dados 63

3.2 O destaque na atenção básica: reflexões dos trabalhadores 71

4 Apresentação dos resultados e discussão **73**

4.1 Entre autonomias dirigidas e liberdades reguladas 75

4.2 Entre pessoas e pílulas: sobre o direito de saber e o poder de agir. 94

5 Considerações finais **111**

6 REFERÊNCIAS **116**

7 ANEXOS **130**

1 INTRODUÇÃO

> "*Um homem dos vinhedos falou: a uva é feita de vinho. E eu pensei: se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é*" (GALEANO, 1991, p.16)

Escolher as palavras para melhor contar uma história, é definir as ideias que queremos destacar nela. Para Ricouer (1994, p. 116) a escrita da história possibilita que as experiências humanas do passado se tornem inteligíveis para as pessoas que estão navegando no tempo presente. O autor destaca ainda que "as vidas humanas necessitam e merecem ser contadas", pois só assim, a história não morre com os homens.

É contando o passado que entendemos o presente, e é a partir de nossas vivências do presente que esperamos o futuro. Por isso, vamos realizar um exercício de rememorar alguns pontos relevantes dessa história para tecer considerações sobre a conjuntura atual da saúde mental, especialmente na atenção básica, apontando os desafios e as potências desse dispositivo. E nesse caminho vamos nos deixar guiar pelas memórias públicas de pessoas e coletivos que viveram e fixaram essa experiência na escrita.

Fizemos essa escolha por concebermos que o passado histórico se faz presente no espírito[1] das ações do homem, através da evocação da memória. Esta linha de pensamento torna-se possível quando entender-se o tempo como contínuo, conforme sugere Santo Agostinho (1981, p.301). Para ele ainda que narrássemos acontecimentos verídicos já passados, a memória traz não os próprios acontecimentos, mas os vestígios desses acontecimentos naquele que narra. Assim, afirma que:

> *"nada passa, tudo é presente, ao passo que o tempo nunca é todo presente. Esse tal, verá que o passado é impelido pelo futuro e que todo o futuro está precedido dum passado, e todo o passado e futuro são criados e dimanam d'Aquele que sempre é presente".*

Embora o tempo seja indivisível, ele pode ser explicado pela tríade: memória, intenção e espera, correspondendo ao conceito de pretérito, presente e futuro, criados pelo homem para ter noção da duração da existência (AGOSTINHO, 1981). Então essa ideia de

[1] Para Agostinho somente o espírito seria capaz de perceber a passagem do tempo, é na distensão do espírito que se conservam passado, presente e futuro (AGOSTINHO, 1981).

tempo só existe pelo e para o homem, pois o tempo representaria a estrutura contínua em que os fatos acontecem, para poder assim ser narrados. A narrativa neste aspecto representa uma mediação entre a ação e o discurso, e uma possibilidade de vislumbrar versões de mundo que o texto quer mostrar (RICOEUR, 1994).

Assim, inspirados no tempo agostiniano, compomos um roteiro de viagem que irá conduzir nossa reflexão literária sobre o cuidado em saúde mental. Teremos como destino três paradas principais em busca de construir um sentido possível sobre o uso de psicofármacos no contexto da saúde mental na atenção básica e a percepções acerca dos direitos e da autonomia dos usuários. São elas: *o presente das coisas passadas; o presente das coisas presentes*; e *o presente das coisas futuras*.

Estruturamos nosso roteiro dessa forma por entender que tratar essas memórias como coisa viva, que resiste ao tempo, mesmo que se transforme com ele, é entender o sentido de "ser-aí" história e da influência das tradições em nossas concepções do presente. De acordo com Ricoeur (1990, p. 108) "a história precede-me e antecipa a minha reflexão; eu pertenço à história antes de me pertencer".

A proposta de utilizar "o medicamento" como analisador dessas influências deu-se por acreditarmos que existe um conflito de forças em toda escolha clínica, inclusive na gestão da medicação. Ao propormos a Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) instituímos uma estratégia que se utiliza do medicamento como gatilho para problematizar e alterar as relações de poder existentes entre pacientes e profissionais de saúde. Esse dispositivo busca possibilitar aos usuários de psicotrópicos a participação efetiva nas decisões relacionadas aos seus tratamentos. Para isso, pressupõe espaços de diálogo entre os atores envolvidos no tratamento em saúde mental, em que o direito e a autonomia dos usuários sejam levados em consideração.

Além disso, compreendemos que a questão da medicação no contexto da reforma psiquiátrica é algo que precisa ser problematizado, pois embora ela tenha como princípio a inclusão dos usuários na decisão de seu tratamento, nem sempre isso ocorre quando a questão é a escolha do uso de psicotrópico. Pois essa discussão está mais relacionada com a relação médico/paciente do que com a própria medicação em si. Segundo Pitta (2011, p. 4582), "o

lugar simbólico do medicamento e do médico na relação com o usuário é algo que precisa ser trabalhado", para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira.

Assim, escolhemos discutir neste trabalho, os passos ainda não dados e os caminhos desviados, que a cada dia colocam em questão as relações de força envolvidas nas escolhas (não)feitas na clínica do cuidado em saúde mental. Neste aspecto, falar de autonomia dos usuários é tensionar as linhas de força para que outra seja considerada, uma força que por vezes sem força foi sufocada, apagada e aniquilada pelas relações de poder estabelecidas nas práticas de cuidado.

1.1 O presente das coisas passadas: lembranças de uma reforma que mudou a história da loucura.

É através da memória, que o passado se faz presente, pois quando lembramos de algo do campo da experiência, o que temos não é a experiência em si, não é o tempo passado que volta, é a ressignificação que damos a esse passado no presente que o faz ressurgir (AGOSTINHO, 1981). Vamos, portanto, reviver a Reforma Psiquiátrica brasileira em busca de compreender os passos dados e as escolhas feitas durante esse processo, e como elas modularam em diferentes tempos as relações entre os usuários e os trabalhadores de saúde.

Para isso, precisamos nos colocar constantemente em movimento, em busca de trazer ao nível da compreensão as influências da história (experiência) em nossas ações cotidianas. É observando o caminho percorrido pela loucura nos diferentes momentos da "história", que podemos perceber as posturas adotadas em cada tempo, e aquilo que se mantém, mesmo que latente nas relações de cuidado. Então, trataremos as memórias construídas ao longo do tempo como "o presente das coisas passadas", pois é no presente, e a cada momento, que nos percebemos na clínica do cuidado em saúde mental, que podemos sentir os resíduos dessa história no outro e em nós. Isso nos leva a refletir se estamos ou não reformando nossas práticas.

Mas por onde começamos a falar de um processo que tensionou e tensiona os profissionais a ocuparem lugares diferentes do ajustamento de condutas?

Toda a história é uma sucessão de situações no tempo, e seu início não se dá pela ausência de antecedentes, mas pela ausência de necessidade de sucessão. A escolha de como iniciar uma história, e por onde seguir a tessitura da intriga dependerá do tom que desejamos dar a trama. Trata-se de uma interação dialética entre o vivido e o lógico, o coletivo e o individual, a realidade e a ficção, o tempo exterior (aristotélico) e o tempo interior

(agostiniano)[2]. E por isso, construir uma narrativa histórica é ressignificar o mundo na sua dimensão temporal, na medida em que narrar, contar, recitar, é refazer a ação seguindo o convite do poema. Cabe ao narrador, portanto, tornar palpável a memória e atribuir um sentido a experiência humana (RICOEUR, 1994; 1995; 1997), em um devir narrativo que se reconstrói ao passo que avançamos na construção do enredo.

Todas as possibilidades narrativas são encontradas na cultura, mas é tarefa do produtor de discursos selecioná-las e individualizá-las através de uma ação humana e é isso que singulariza cada narrativa como única (BARROS, 2011). Nesse aspecto, o ponto de partida para começarmos a contar uma história é definido pelo ponto de vista de quem a conta, e por isso, é importante tornar visível o narrador (RICOEUR, 1994; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008).

Revelamos então nossa condição de narradores-pesquisadores, implicados com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. E, também, de trabalhadores de uma rede de saúde mental, que diariamente são interpelados pelos desafios de tornar viva essa política de cuidado em saúde. Somos aqueles que aceitaram a missão de acompanhar nos territórios geográficos e simbólicos da cidade, quem dela não fazia parte; aqueles que testemunham a dor e a alegria de corpos que encarnam a loucura e os conflitos que os cercam. Somos aqueles que transitam intimamente na insanidade dos outros, buscando construir um link com a sociedade de uma forma que não anule e não normatize essa forma singular de estar no mundo. E nesse percurso, caminhamos ao encontro de nós mesmos, e nos deparamos com nossas próprias inconsistências e incertezas, e percebemos que muito há a fazer. Precisamos compor ideias, menos restritivas e mais inclusivas a diversidade do ser.

[2] Ricoeur em sua trilogia "Tempo e Narrativa" aponta que o tempo só se torna verdadeiramente humano quando é organizado em forma de narrativa. E a narrativa sempre é uma trama que se constitui de seus diversos episódios, ligando-os entre si e coloca-os em relação com o enredo mais amplo. Neste aspecto, as concepção de Santo Agostinho e de Aristóteles apesar de contrastantes se complementam, sendo fundamentais à narrativa histórica. Uma coloca o tempo como uma experiência interior, "da alma", relacionada com a vivência humana subjetiva, o que a confere certo caráter de incomunicabilidade. A outra traz a lógica cronológica tempo, como algo externo ao homem, relacionado com a natureza e o movimento dos corpos, ocultando o tempo da alma e acreditando que a tessitura da intriga se dá na poética.

Precisamos aceitar nossa desrazão e nossos limites no entendimento da experiência do outro. Precisamos acolher mais e oferecer menos respostas prontas.

É acreditando nisso, e com essa experiência do cotidiano dos serviços públicos na bagagem, que assumiremos uma postura investigativa para seguirmos esse passeio pelas lembranças sobre uma mudança paradigmática, que colocou em xeque o modelo asilar que perdurou por quase dois séculos no Brasil. Mas não temos a pretensão de nos debruçarmos sobre as narrativas históricas desse processo longo e complexo. Vamos resgatar algumas recordações sobre aspectos dessa ruptura com o modelo manicomial que conduziu a estruturação de uma rede de cuidados territorializada em saúde mental. Fizemos essa escolha pautados na seguinte premissa:

> *"as recordações são, por assim dizer, narrativas e as narrativas são necessariamente seletivas, se somos incapazes de nos lembrar de tudo, somos ainda mais incapazes de tudo narrar" (RICOEUR, 2003, p.12).*

Falar da Reforma Psiquiátrica é contar de um cuidado que muitas vezes executa suas ações terapêuticas através do agenciamento da tensão existente entre a sociedade e a loucura. Mas essa nem sempre foi a base de atuação na clínica da saúde mental. Podemos nos lembrar que no território brasileiro a loucura não estava incluía no catálogo dos males da instituição médico hospitalar até 1830, quando a Academia Imperial de Medicina reivindicou para si a competência de lidar com ela (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Com isso, abriu-se caminho para estruturação da chamada Psiquiatria Científica, a qual respaldou-se na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol. Assim, fundamentados nas nosografias clássicas, no entendimento de usuário como alienado, passível de assistência, e contando com um dispositivo institucional (o asilo) e com empatia de profissionais a psiquiatria tradicional ganhou espaço na sociedade brasileira (YASUI, 2006; DEVERA e COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE, 2013).

A partir daí a estrutura manicomial passou por expansão importante chegando a alcançar o número absoluto de 87.134 leitos/SUS registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em 1994. A maioria dessas internações se davam em instituições privadas de grande porte (acima de 120 leitos), financiadas pelo setor público. Essas estruturas, além de serem

destinados para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, eram também considerados lugar de abrigamento desses indivíduos (TENÓRIO, 2002; KILSZTAJN *et al.*, 2008).

Tal política refletia a postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira, administrador da Secretaria Nacional de Doenças Mentais, sob a influência de Oswaldo Cruz. Ele entendia o asilo como estratégia de prevenção necessária até que a doença mental fosse erradicada. Porém, os hospitais criados além de não mostrarem-se resolutivos, encontrarem-se em total abandono e apresentavam-se superlotados, chegando a abrigar mais de 14 mil doentes em apenas um hospital, a exemplo o Juqueri em 1965. O índice de mortalidade nas colônias era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades (PAULIN e TURATO, 2004).

Ouvimos contar até hoje as barbáries que ocorreram no interior dos manicômios. Doentes internados sem camas, sem assistência adequada, privado de direitos e subjugado a um apagamento da identidade, em um contexto no qual as pessoas eram reconhecida através, exclusivamente, da doença.

Com o Golpe Militar de 64 inicia o forte investimento na iniciativa privada em todo o país, implantando-se uma rede de hospitais conveniados pelo poder público com recursos do INPS que estende a cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. Neste momento, a rede extra-hospitalar contava com apenas 17 ambulatórios psiquiátricos em todo o país. Com isso, o setor previdenciário entrou em crise financeira, considerando os gastos exorbitantes com a contratação de hospitais privados, e o subsídio de auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos (RESENDE, 2000).

Nesse panorama a insatisfação da população, em especial da classe trabalhadora devido ao contexto de crise geral, sobretudo política, econômica e social da ditadura conduziu ao surgimento das primeiras reações populares organizadas. Denúncias de fraudes no sistema financeiro dos serviços, condições precárias de trabalho, maus-tratos e negligência a que eram submetidos os pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos pelo país, tornaram-se cada vez mais efervescentes.

Então em 1978 formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por diferentes atores sociais, somou esforços com os movimentos

democráticos mais amplos, representando o pioneirismo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Então, em um momento da história brasileira marcada pelo silêncio e pela opressão da população que se encontrava emudecida por um regime autoritário, ocorre uma onda de reinvindicações vinculadas as condições de vida e cidadania. Institui-se a partir daí um intenso e radical processo de reformulação do sistema nacional de saúde, unindo a reforma sanitária e psiquiátrica em uma redemocratização do país fundamental a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; YASUI, 2006; AMARANTE, 2013).

Nesta mesma década, iniciou-se um movimento internacional em prol da descentralização da assistência psiquiátrica, inspirado no modelo americano de atenção comunitária em saúde mental. A Psiquiatria Comunitária[3], de forte teor preventivista, impulsionou a criação de alternativas extra-hospitalares como as oficinas terapêuticas, hospitais-dia, programas de atenção primária, mudando o foco da remissão dos sintomas clínicos dos transtornos mentais, para a adaptação ao contexto social. Assim, a Psiquiatria se aliou a Medicina geral, pela via da saúde pública, ocupando-se do "equilíbrio comunitário", através de intervenções para evitar o surgimento e agravamento de patologias psíquicas (BIRMAN e COSTA, 2010; PÔRTO, 2012).

No Brasil, apesar desse movimento ter ampliado o atendimento ambulatorial em saúde mental, ele não ocupava-se da população interna dos manicômios, mantendo sua lógica segregativa. E a rede hospitalar continuava recebendo a maior parte do investimento de saúde do país. Com isso, crescia a inconformidade social com o sistema de saúde, visto que, segundo Pôrto (2012), o modelo centrado no atendimento médico-hospitalar além de não produzirem impacto na melhoria dos indicadores de saúde eram iatrogênicos aos pacientes.

Conforme o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 a rede de atenção à saúde mental ainda se caracterizava, por um modelo asilar e cronificador, o número de internações psiquiátricas cresceu 293% durante a década de 70 e as consultas

[3] Fundamentada nos conceitos de Caplan, a Psiquiatria Preventivista tinha como princípios reduzir (e não curar) a ocorrência de transtornos mentais numa comunidade, promovendo a "sanidade mental" dos grupos sociais. Também pretende encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os tratando-os precocemente, e minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais. Com isso, modificou-se o foco de atuação da remissão dos sintomas clínicos dos transtornos mentais, para a adaptação ao contexto social.

para a população urbana previdenciária 400%. Em 1981, o Instituto Nacional de Previdência Social- INAMPS gastou 96% de seus recursos da saúde na área de psiquiatria, em serviços hospitalares de terceiros (privados) e somente 4% na assistência ambulatorial (BRASIL, 1988).

Ao final dessa conferência assumiu-se a saúde mental como uma questão de saúde pública e estabelecendo como desígnios da ação em saúde mental a universalização e equidade do acesso aos serviços, a descentralização através de oferta de serviços locais, o fortalecimento da rede pública de assistência em saúde mental, a modificação do modelo assistencial priorizando atividades extra hospitalares existentes na rede pública, inclusive na rede básica de saúde e o fortalecimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental.

É a partir daí que se tornam inadiáveis as discussões acerca da reorganização do setor, que passa a entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas segundo fatores econômicos, políticos e ideológicos. O modelo de tratamento hospitalocêntrico, centrado no tratamento de comportamentos desviantes do padrão de normalidade, passou a ser foco de inúmeras críticas dos movimentos sociais.

No cenário mundial, também em 78, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, consolidando Atenção Primária a Saúde – APS como primeira oferta de cuidado de caráter longitudinal ao paciente, que integre em suas ações os aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde (CAMPOS *et al.*, 2008). Experiências dispersas nessa linha já estavam sendo realizadas em alguns estados brasileiros em busca de fazer contraponto ao modelo hegemônico da época. Embora isoladas, podemos dizer que essas iniciativas foram o embrião do modelo atual de saúde e passo inicial de um processo que só foi e é possível por nos permitirmos assumir posturas mais inventivas de atuação.

Assim, a década de 80 foi marcada por lutas dos atores políticos para desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. Produzindo-se um debate que alargou as fronteiras da política, e em um ato de coragem os

protagonistas desse processo tomaram a iniciativa de correr o risco de construir o novo, assumindo seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002; YASUI, 2006).

Como resultado desse processo político e social complexo, a reforma surgiu como uma proposta de transformação de práticas, saberes e valores culturais e sociais, que se dão no cotidiano das instituições e nas relações interpessoais (BRASIL, 2005). Começou-se a partir daí um deslocamento do foco de atuação da manifestação individual da doença, como algo a ser "tratado", para uma abordagem psicossocial de produção de outra subjetividade possível. Concomitante a isso, no campo do legislativo, tramitava o projeto de lei federal n°3657/89 apresentado por Paulo Delgado, aprovado onze anos depois como Lei nº 10.216, como a lei da reforma psiquiátrica.

Enquanto isso, foi redigida em 1990 a Declaração de Caracas, um documento que marcou as reformas à atenção em saúde mental ao defender a reestruturação da assistência psiquiátrica em um modelo de saúde de base comunitária que propiciasse internação, quando necessária, em hospitais gerais (BRASIL, 2004). Neste período, constatava-se que o modelo centrado no atendimento médico e hospitalar além de gerar um processo iatrogênico nos doentes, não produziam impacto na melhoria dos indicadores de saúde (PÔRTO, 2012).

Nessa linha, desenharam-se com o passar dos anos, dispositivos criativos, éticos e estéticos para melhor assistir as necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico. A partir daí diversas ações foram sendo desenvolvidas nesse campo de acordo com as realidades locais e os diferentes modelos que orientavam a atenção à saúde.

Na década de 90 o Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para reformular a atenção primária do país e reorientar todo o sistema de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Essa estratégia prioriza ações pautadas nos princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade (COELHO, 2008). Desde então, as equipes de ESF tem sido implantadas em todo território nacional alcançando o patamar de 34 mil equipes em 5.309 municípios brasileiros em 2013, correspondendo a uma cobertura populacional de 55% (BRASIL, 2013d).

Essa diversificação na tessitura de uma rede de cuidado territorializado foi ampliando-se ao mesmo tempo que conduziu-se uma mudança no perfil dos leitos psiquiátricos no Brasil. E em julho de 2012 o número de leitos reduziu para 29.958, sendo metade desses em hospitais de até 160 leitos, representando uma redução em cerca de 67% desde 1994. E os leitos psiquiátricos em hospital geral alcançaram o número absoluto de 3.910 (BRASIL, 2012). Isso, somado a uma rede de CAPS que atualmente é composta por 2020 serviços cadastrados, em que 5,4% desses funcionam 24h evidenciam o avanço na implantação da rede substitutiva no território brasileiro, elevando o indicador nacional de cobertura de CAPS para 0,82 - considerado muito bom[4] (BRASIL, 2013c).

Compondo ainda, o leque de estratégias de desinstitucionalização contamos hoje com 625 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) beneficiando 3470 moradores em todo o país, e mais de 4 mil favorecidos pelo Programa "de volta para casa". Somando esforços nessa linha criaram-se 92 Unidades de Acolhimento Transitório (CAT) a partir de 2010, destinadas oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substancias psicoativas. Também passaram a fazer parte da rede substitutiva 60 Equipes de consultórios de rua, 51 Centros de Convivência e Cultura e 660 projetos de inciativas de geração de trabalho e renda financiados. E aproximadamente de 85 % dos Núcleos de Apoio da Família (NASF) contam com pelo menos um profissional da área psicossocial como matriciadores da atenção básica (BRASIL, 2012).

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPs) passaram a receber importante investimento e financiamento em nível nacional, estadual e federal a partir de 2000. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Assim, foi se solidificando o modelo de atenção baseado na comunidade como escolha de política pública de saúde mental no país, para construir um lugar diferente para o louco nos espaços da cidade, um lugar de inclusão em que o direito e protagonismo dos indivíduos sejam considerados.

[4] Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

Nesse sentido, podemos dizer que o sucesso da reforma psiquiátrica, reside em grande parte na construção de um arcabouço de cuidados que atuam nas situações da vida de pacientes graves, que, sem isso, estariam condenados à errância ou ao asilamento. A eficácia terapêutica desse modelo comunitário de cuidado está, exatamente, no desenvolvimento de um suporte existencial eficaz, atuando para além do manejo dos sintomas da doença, mas na concretude da vida social (TENÓRIO, 2002). Deste modo, a Reforma Psiquiátrica nos convoca a

> *"habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para os usuários. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013b, p.22).*

E nesse aspecto, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica (AB) além de mostrar sua potência no que diz respeito a ampliação do acesso as pessoas com transtornos mentais é extremamente estratégico devido a capilaridade própria desses serviços, que encontra-se no território e mais próximos da vida das pessoas.

Foi com esse entendimento que o Ministério de Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica nº 34, com o objetivo de potencializar o trabalhador da AB a cuidar de situações de sofrimento psíquico em seu território. Também pretende convidar esse trabalhador a tornar-se mais disponível a estabelecer encontros de potência com os usuários, que auxiliem a criar novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos um caminho de cuidado possível (BRASIL, 2013b). Considerando isso, as intervenções em saúde mental na Atenção Básica:

> *Devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013b, p.23).*

Compreendemos então, que a AB pode contribuir para uma atenção integral aos usuários portadores de sofrimento psíquico, ainda mais se considerarmos que atua na premissa de entender o sujeito em sua singularidade, inserido em um contexto sociocultural. E neste ponto, podemos notar uma congruência entre a Reforma Psiquiátrica e da Estratégia

de Saúde da Família, à medida que ambos norteiam suas práticas nos princípios de integralidade da atenção, territorialização, ampliação do conceito de saúde-doença e participação social (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011).

No entanto, a saúde mental tem se configurado ainda no caráter do especialismo, como um campo de saber e de práticas não articulado às ações básicas de saúde. E talvez esteja aí, também, uma das a dificuldade encontradas no processo de alta dos usuários inseridos nos CAPS. De acordo com Figueiredo e Onocko-Campos (2009) grande parte dos encaminhamentos aos profissionais de saúde mental não apresentam uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Atuar nessas diferentes formas de sofrimento deveria ser uma prática cotidiana dos serviços de atenção primária.

Segundo essas autoras precisamos promover uma reflexão a esse respeito junto as equipes, vincular cada vez mais a assistência em saúde mental ao território e a rede social dos indivíduos, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis e mais potentes para transformar a realidade.

É preciso avançar mais na implementação do cuidado em saúde mental na rede básica, fortalecer o lugar do CAPS, como um dispositivo transitório que atue preferencialmente na interface com a comunidade. Para isso, é necessário que se potencialize os recursos existentes no território, promovendo uma discussão sobre a cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio, e também, as práticas dos trabalhadores de saúde (DIMENSTEIN *et al.*, 2005).

Mas para continuarmos adentrando ainda mais com cuidado em saúde mental no território precisamos perceber o que se passa nos espaços onde a experiência viva acontece. E entender o que paralisa a atuação dos profissionais de saúde quando se deparam com situações de sofrimento psíquico na atenção básica.

Esse passeio pelas memórias da reforma psiquiátrica e sanitária brasileira, nos possibilitou tornar um pouco mais nítida uma história que se encontra sobre escrita como um "palimpsesto", mas nem por isso deixa de influenciar em nossas interações cotidianas. Houve com o passar dos anos um exercício de subjugar a cultura manicomial, seja por força da lei ou por sensibilizações coletivas sobre o tema, mas ela ainda persiste nas vielas de nosso

inconsciente coletivo atravessando nossas práticas e desviando nosso olhar para longe do encontro com o olhar do outro.

Assim, em nossa primeira estação chegamos ao entendimento de como o passado se faz presente, reforçando ainda mais a necessidade de colocarmos nossa história em evidência, para que se torne possível suspendermos nossos preconceitos e caminharmos em direção do entendimento da complexidade do sujeito.

1.2 O presente das coisas presentes: desafios à um cuidado que tem nas práticas a refiguração do passado.

> *"Na impossibilidade de continuar excluindo o doente mental...tenta-se integrá-lo nesta mesma sociedade, com todos os medos e preconceitos que sempre existiram e caracterizam confrontos. E mediante um sistema de instituições se preserva a sociedade, de certo modo, da mesma diversidade que o doente mental continua representando"(*BASAGLIA*, 2001, p.123).*

Nesse trecho, Basaglia traz à tona uma discussão que ainda se faz presente e necessária em nossas práticas cotidianas. Embora tenhamos alcançado muitos avanços no que se refere ao desenclausuramento físico da loucura, que outrora se permitia existir somente nos espaços protegidos das instituições totais, temos muito a avançar, sobretudo no sentido de acionar lugares de existência e encontro com o sofrimento psíquico na sociedade atual.

Não nos referimos apenas a lugares coletivos, onde circulamos diariamente, mas a um movimento interno de abertura de espaços em nós, para que outras formas de existir sejam possíveis. Pois, de certa maneira, ainda somos a mesma sociedade que afastava e isolava aqueles que se desviavam da norma e "colocavam em risco a manutenção do equilíbrio da coletividade". E, por isso, está gravada em nós uma pulsão de empurrar para longe tudo aquilo que se difere aos nossos olhos e causa desconforto no enfrentamento.

Este impulso não pode ser caricaturado como sendo apenas a face do manicômio, pois a humanidade desenvolveu ao longo dos tempos inúmeras formas de neutralizar situações de incômodo no encontro com o outro, ao invés de exercitar a prática da tolerância. Portanto, implodir os edifícios asilares não é sinônimo de aniquilarmos as estruturas e as ideias manicomiais ou manicomiantes.

A institucionalização foi/é uma das estratégias encontradas para afastar do convívio coletivos os seres indesejados, desviantes e inadequados da matriz social. E isolar o sofrimento do outro, como uma experiência individual e desconectada, ainda é a forma prevalente de atuação nos diferentes espaços sociais, inclusive naqueles destinados ao

cuidado. Neste aspecto, entendemos que não basta nos livrarmos dos hospícios se continuarmos cultivando em nossas mentes os velhos, arraigados e excludentes conceitos sobre a loucura. Mas para isso, precisamos tolerar a instabilidade de habitar o encontro com a loucura e suportar aquilo que nos desagrada nela.

Precisamos atuar nos manicômios mentais que se encarnam em nossas formas de pensar e em nossas práticas. É imprescindível configurar outra maneira de nos relacionarmos com o acaso e com o desconhecido, que dê espaço a um "não-sentido"[5], liberando nossos pensamentos "dessa racionalidade carcerária, uma tarefa tão urgente quanto liberar nossa sociedade dos manicômios" (PELBART, 1990, p.135).

Entendemos que ir ao encontro com o diferente e permitir-se afetar por ele, não é uma escolha qualquer, nem tão pouco uma escolha fácil. A clínica e a sociedade brasileira ainda se colocam em uma posição de oferecer "verdades absolutas" e mostrar o "caminho certo" para cada um, e para todos nós. Somos um coletivo dirigido, seguimos em uma viagem com destino certo, como uma "loucomotiva", que insanamente segue nos trilhos pré-definidos por outrem.

Mas seria possível tomar um desvio? Poderíamos nos colocar de outra forma frente a diversidade, apesar de todas forças que incidem em nós para nos manterem nos trilhos?

Não só acreditamos que sim como pretendemos, ao desembarcar nesta estação, ir ao encontro de algumas iniciativas que corroborem com esta ideia. Além disso, ao percorrer o *presente das coisas presentes* vamos dialogar com os desafios atuais encontrados no campo dos saberes e práticas em saúde mental, a fim de entender quais aspectos da cultura manicomial se mantém ativos no ideário popular e das instituições.

Hoje podemos dizer que a configuração do modelo de saúde brasileira é única. A forma como as instituições públicas vem se remodelando, a cada dia, evidencia o movimento de alargamento e desdobramento de uma reforma que se estruturou ao longo do tempo. Uma reforma que incidiu em um cuidado, que no princípio, atuava em uma perspectiva do

[5] Entende-se por não-sentido, aquele que foge a ordem social estabelecida, e que abre espaço para um novo sentido de existir, um *devir*.

tratamento moral, que visava a “cura”, para um cuidado promotor de saúde e cidadania, que busca reconstruir a complexidade do sujeito.

A rede gerada a partir dos movimentos da Reforma, se desenhou de maneira a infiltrar-se nos espaços onde a vida acontece, e buscou reescrever sua forma de atuar na comunidade e no sofrimento humano. No entanto, as lacunas existentes nesse tecido de sustentação têm significado um desafio constante para o manejo de crises no território. Uma cobertura insuficiente dos serviços, associada às dificuldades de interlocução entres os diferentes dispositivos dessa rede, e deles com os próprios indivíduos em sofrimento e com a comunidade, têm sido utilizadas como justificativa para manutenção e investimento em espaços de internação fora do território de circulação dos sujeitos.

> *“Ainda não conseguimos assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua se os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde, na sua grande maioria. O que fazer quando a noite vem? Continua o manicômio no imaginário coletivo como o abrigo seguro para as situações críticas” (PITTA, 2011, p.4580)*

De acordo com Pitta (2011), a fragilidade de nossa rede de assistência territorial serve, constantemente, como argumento para manter a cultura hospitalocêntrica e manicomial. Iniciativas contrárias à reforma começaram a ganhar corpo e repercussão nacional, endossada por campanhas midiáticas manipuladoras e indutoras de um pânico social em torno do uso de crack. Esse discurso, sustentado por uma nova ênfase ao modelo biomédico na psiquiatria, tem gerado significativas demandas por serviços de internação hospitalar, como única resposta bem sucedida a essa situação contemporânea.

Voltamos, então, às mesmas condutas do passado, refiguradas no presente, e disfarçadas pelo discurso de um cuidado que restringe, sufoca e isola a diversidade de ser. Eis aqui a racionalidade carcerária de que falamos anteriormente. Esse movimento em busca de respostas rápidas e ações efetivas, carrega no discurso do risco a justificativa de suas ações, que visam eliminar o sofrimento psíquico dos espaços de convivência social, não se diferindo em nada das intervenções higienistas do século passado.

Podemos dizer que essa cultura do risco é resultado de uma necessidade de atuar em torno das incertezas e perigos da vida contemporânea, a fim de evitar consequências

sociais. No entanto, ela tem mais a ver, de fato, com os interesses e padrões culturais que organizam o entendimento e as respostas sociais à esses perigos, do que com suas ameaças à vida humana (MITJAVILA e MATHES, 2012).

> *"discursos organizados em torno à ideia de risco podem ser amplamente utilizados para legitimar políticas ou para desacreditá-las; para proteger os indivíduos das instituições ou para proteger as instituições dos agentes individuais" (MITJAVILA e MATHES, 2012, p.8).*

Tal pressuposto, nos leva a pensar a serviço de que/quem operamos nossas práticas? Estaríamos nós representando um dispositivo de força social sobre aquele que se desagrega? Ou estaríamos presos a um modo de pensar que exige de nós respostas e ações resolutivas e sanadoras da dor do outro?

Não podemos chegar a uma resposta única frente a essas indagações, principalmente considerando que são inúmeras as tradições que perpassam a sociedade atual, nos impulsionando a tal fenômeno. No entanto, é justo dizer que uma das grandes influências dessa forma de atuar, junto as pessoas em sofrimento, está no modo preventivista de abordar a experiência de adoecimento humano.

É essa mesma cultura que coabita o cotidiano das ações desenvolvidas no espaço social, o qual tem se tornado, cada dia mais, objeto de intervenção da saúde. E neste caminho, as ciências médicas estendem seu olhar e poder, no intuito de intervir no desvio e conter as novas formas de adoecimento da população, sendo a medicação uma de suas estratégias de contenção.

O excesso de intervenções médicas, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, vem tomado o palco das discussões na saúde pública, principalmente no âmbito da atenção básica, nível de assistência responsável por grande parte das prescrições de medicamentos na rede de saúde. As equipes tem apresentado grande dificuldade em distinguir tipos de sofrimento que mereçam uma intervenção medicamentosa, e outros que se beneficiariam de diferentes estratégias de manejo. Com isso, quadros difusos e de forte componente de saúde mental, têm sido abordados apenas como queixas clínicas, levando a um cuidado em moldes de "pronta-entregas", onde as condutas são realizadas quase que instantaneamente, bem como a prescrição de medicamentos.

As queixas de ordem psíquica/emocionais dos usuários têm sido pouco valorizadas, embora sejam referidas pelos profissionais como principal demanda à saúde da família. As equipes relataram não saber como conduzir essas questões, e apontam a necessidade de um cuidado especializado, evidenciando uma fragilidade na articulação entre os campos da saúde mental e da atenção primária. Além disso, os profissionais consideram intervenções do tipo 'ouvir mais', e 'consultas mais frequentes', como parte das tecnologias possíveis de manejo destas queixas, mas não as descrevem como resolutivas. Ao contrário, as atuações circunscritas ao universo de procedimentos médicos de alcunho moderno e científico é que são reconhecidas em suas falas (TANAKA e LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006).

Em estudos anteriores sobre o tema, constatou-se que 70% dos atendimentos nas unidades básicas de saúde encerram-se com a prescrição de algum medicamento (FLEITH *et al.*, 2008). Com relação à população idosa, essa taxa sobe para 85%, e vem associada ao consumo de múltiplos medicamentos - a polifarmácia - em 70,4% dos casos, alcançando uma média de 3,7 produtos por pessoa (LOYOLA FILHO *et al.*, 2008; ROZENFELD *et al.*, 2008; DAL PIZZOL *et al.*, 2012).

Ao considerarmos a dispensação de psicofármacos, estudos apontam que 61% das prescrições são realizadas por Clínicos Gerais, enquanto Psiquiatras e Neurologistas, juntos, não somam 5%, sendo que a classe dos benzodiazepinícos-BDZ é comumente a mais prescrita (FERRARI *et al.*, 2013). A utilização em longo prazo dessa classe de medicamentos deveria ser monitorada cuidadosamente, tendo em vista que o uso crônico desses medicamentos ocasiona dependência e provoca o desenvolvimento de tolerancia, tornando maior o risco de superdosagem segundo (FIRMINO, 2008; SADOCK e SADOCK, 2008).

Pesquisas sobre o tema tem evidenciado a renovações sucessivas de receitas, sem reavaliação do quadro clínico está sendo uma prática comum dos serviços de saúde. Na cidade de Campinas-SP observou-se que, no primeiro semestre de 2010, só na rede pública de farmácias, foram prescritos psicofármacos para 65.758 pessoas, representando 6,5% da população municipal (CAMPINAS, 2010). Se considerarmos apenas a população adulta a prevalência sobe para 11,06% e vem associada a longos períodos de uso, com esparsas reavaliações e carência de ofertas terapêuticas alternativas. Isso evidencia um movimento

medicalização do sofrimento, ocasionando uma redução das experiências singulares das pessoas a meros fenômenos bioquímicos, e/ou uma transformação situações corriqueiras em objeto de tratamento da medicina (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2012).

Esse panorama pode agravar-se ainda mais se considerarmos que há evidencias de uma relação explícita entre os fatores socioeconômicos e o aparecimento da sintomatologia "considerada da área da saúde mental. Tal constatação tem forte apelo social, e corre o risco de incentivar ainda mais ações preventivas medicalizantes, desconectadas do contexto social (MARAGNO *et al.*, 2006; PÔRTO, 2012)

Cabe relembrar que a proposta preventivista tem como base o conhecimento da história natural da doença como norteadora de ações, visando evitar que questões psíquicas cheguem a limiares patológicos. Como não há um modelo causal para enfermidades psiquiátricas, essa clínica baseou-se em um ideal normativo de saúde psíquica, ocasionando uma "psiquiatrização da vida social" e uma consequente medicalização de todo indivíduo "desviante" (PÔRTO, 2012).

Tratam-se, portanto, de práticas que declaram a 'verdade' sobre a forma de viver e de se relacionar socialmente, pautadas em 'modelos ideais' que, quando não alcançados, produzem toda ordem de sujeitos 'desviantes' e 'desajustados' à norma estabelecida. Essas concepções apenas obscurecem as contradições sociais existentes, fazendo-nos perder de vista que a mesma sociedade que produz o modelo ideal, produz o desajustado (MOURA e BOARINI, 2012).

E ironicamente, ao mesmo tempo que a nossa sociedade provoca esse 'desajuste social' ela atua sobre ele, utilizando-se de ferramentas biopolíticas para exercer sobre os indivíduos desviantes aquilo que Foucault chamou de procedimentos de sujeição. Uma ortopedia social, efetivada pelos dispositivos de saber-poder e pelas práticas políticas de dominação, que evidenciam 'a verdade' de uma sociedade disciplinar perante o indivíduo (FOUCAULT, 2004; 2012).

> *"A modernidade é precisamente caracterizada por essa multiplicação de poderes e, portanto, pelo aumento da fragilidade [...] pelo fato de que o homem é ameaçador para o próprio homem" (RICOEUR, 2002, p.44)*

Nesse aspecto, a medicalização (o consumo de psicofármacos) se legitimou como uma tecnologia de si no interior da biopolítica, incidindo sobre os corpos e "instaurando uma normalidade medicalizada". Esta tecnologia encontra-se acoplada aos modos de subjetivação contemporâneos, nos quais a expressão do sofrimento não se representa objeto de reflexão ou construção de outras formas de ser, mas um "bloqueio químico" das emoções (IGNÁCIO e NARDI, 2007).

Podemos perceber que as práticas medicalizantes do mal-estar psíquico concentram o saber-poder em suas mãos a bem de desempenhar o papel de delegados, no intuito de julgar, ordenar, organizar e planificar cada comportamento, desejo ou aspiração humana (LUZ, 2010). E, no exercício de antecipar-se ao adoecimento mental, tratando os comportamentos desviantes, faz com que as classificações diagnósticas dominem todos os aspectos da existência humana. É possível dizer que essas bases fundantes até hoje influenciam nas práticas médicas legitimando a medicalização do não-patológico (CAPONI, 2009). Isso pode levar ao desenvolvimento de uma "iatrogênese social", efeito danoso do impacto social da medicina, que é fruto de uma forma heterônoma de conceber as ações em saúde (ILLICH, 1975).

> *O consumo de medicamentos como tecnologia de si aparece tão imperativa que o médico não é o ator principal do ato de prescrição – ele se encontra aprisionado numa engrenagem biopolítica de gestão em saúde, onde ações transformadoras desta tecnologia não procedem, pois não mais escapam à medicalização (IGNÁCIO e NARDI, 2007, p.93).*

E, nesse caminho, "os saberes e as tecnologias correntes na biomedicina tendem a pressionar a interação médico-doente para o reforço da medicalização", reduzindo gradativamente a autonomia dos usuários (TESSER, 2006b, p. 349).

Ainda hoje, os direitos e a autonomia dos usuários de saúde mental são pouco considerados, inclusive no momento de decidir sobre o uso de medicamentos psicotrópicos. O baixo *empowermente* dos usuários sobre seu corpo, seu processo de adoecimento e a terapêutica mais adequada às suas necessidades, tem colocado o poder de decisão, exclusivamente, nas mãos dos profissionais de saúde. Esse fenômeno expõe o fato da medicalização se manter como prática não reformada, que pouco se alterou independente do avanço da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011).

Neste aspecto, precisamos ter em mente que a reforma não está pronta, que ela envolve mais que uma mudança dos locais onde as práticas de cuidado se dão. É preciso ir além, e incorporar essa reforma como um movimento dialético de autopercepção, onde o reconhecimento de si se torna fator principal de mutação e subversão de uma ordem estabelecida.

Refletir sobre estas questões, colocar nossas certezas em dúvida, talvez nos auxilie a tecer possibilidades para romper com a legitimação de psicopatologizações e medicalizações desnecessárias, que silenciam todos aqueles que tentam denunciar, através de seu sofrimento as inconsistências da sociedade atual. Para isso, precisamos estar aberto a composição com aqueles que são diretamente afetados por nossas (não)ações.

Com isso, é necessário que ocorram mudanças nas práticas em saúde mental, de maneira que incluam no cardápio das ações espaços que potencializem e estimulem a autonomia e o poder de agir dos usuários. Acredita-se que ao avançarmos nessa linha os serviços passarão de um lugar de dependência, para um espaço/tempo de potência de vida e cidadania. Um lugar onde a participação desse indivíduo nas decisões relacionadas aos seus tratamentos se desenhe de forma que seja possível incluir e valorizar como critério para opção da terapêutica a sua experiência, bem como, suas preferências, preocupações, necessidades e desejos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Pois, apesar da medicação poder auxiliar no alivio de alguns sintomas do adoecimento, menos da metade das pessoas que usam neurolépticos referem ter resultados satisfatórios, e muitas vezes, os efeitos colaterais do uso tem contribuído para aumentar ainda mais a estigmatização e o isolamento desses indivíduos. Portanto, entender o tratamento em saúde mental para além do controle sintomatológico, e incluir estratégias que possibilitem uma ampla abordagem do sofrimento e do bem-estar do usuário de psicotrópico torna-se fundamental para o sucesso terapêutico. É nesta linha que a Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) atua, à medida que leva em consideração a experiência subjetiva dos sujeitos e esforça-se para colocar o indivíduo no centro do tratamento farmacológico, com vista a melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (BARRIO *et al.*, 2008).

A GAM surgiu na década de 90 a partir do encontro entre a *Associação de recursos alternativos em saúde mental do Quebec/Canadá* e a *Equipe de pesquisa e ação em saúde mental e cultura (ÉRASME),* em busca de reforçar o paradigma comunitário na prática da reinserção social e tratamentos alternativos à abordagem biomédica na saúde. Com isso, desencadeou-se um processo de reflexão sobre o lugar da medicação na vida das pessoas, seu papel nas práticas profissionais e sua penetração e percepção no conjunto da sociedade. E, para contrapor-se as políticas de Estado, e trazer à tona diversos questionamentos sobre às práticas de saúde mental nesta província, a sociedade civil (com o apoio da comunidade acadêmica) criou o movimento de *"survivors"*, ou melhor, *"cidadãos sobreviventes à psiquiatria"* e deram início a construção de uma rede destes serviços alternativos comunitários e de defesa dos direitos humanos (BARRIO *et al.*, 2008; TURGEON *et al.*, 2011).

Neste sentido, a GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos nos tratamentos em saúde mental. Essa experiência culminou no desenvolvimento de uma nova abordagem de intervenção materializada no *Guia de Gestão Autônoma da Medicação* (GGAM), o qual foi traduzido e adaptado à realidade brasileira através de uma pesquisa multicêntrica[6] que considerou as vozes de usuários de psicotrópicos dos serviços públicos de saúde mental e seus familiares, trabalhadores, gestores e pesquisadores.

Enquanto no Canadá, as atividades da estratégia GAM se fazem em paralelo aos equipamentos do Estado, no Brasil, a discussão foi experimentada dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipamentos de saúde mental do SUS. Tal diferença pode ser compreendida se recordarmos que a Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início consagrado pelo movimento dos profissionais da área que denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos e se solidificou com a fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que lutou

[6] A *"Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos"* ocorreu entre 2008 e 2010, envolveu três estados do Brasil através da colaboração das universidades (UNICAMP, UFF, UFRJ e UFRGS), e teve como objetivo traduzir, adaptar e testar o Guia canadense em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

por mudanças legais e estruturais nos equipamentos do Estado, a fim de garantir uma rede de serviços que produzisse saúde e bem estar, potencializando melhores condições de vida e maior grau de autonomia aos usuários.

A experiência brasileira de difere da canadense, também, por apostar na utilização do Guia GAM-BR em Grupos de Intervenção (GIs), subsidiando a formação de grupos homogêneos a fim de potencializar a participação dos usuários. De acordo com Onocko-Campos et al (2012) trabalhar a estratégia GAM em espaços grupais deu-se a partir do entendimento de que autonomia se constrói na relação com o outro.

Considerando isso, o Guia GAM-BR foi elaborado de maneira que ao avançar dos capítulos fossem debatidos temas de relevância ao processo de *empowerment* dos usuários, e ao reconhecimento desses sujeitos pelos profissionais de saúde (Tabela 1). Então, a cada novo ponto do GGAM-BR, abria-se ao diálogo outra faceta da experiência do adoecimento e de vida dos usuários, antes desconhecidas aos olhares de uma clínica prescritiva e biologissista, que por vezes, centra no sintoma, no diagnóstico e na medicação suas intervenções terapêuticas. E neste “bate-papo” sobre o eu aqui sujeito em “interação” um novo sujeito emerge aos olhos dos trabalhadores.

Assim, o GGAM-BR faz um convite a um percurso reflexivo sobre a qualidade de vida dos participantes, promovendo um exercício de conhecimento sobre si mesmo, seu dia-a-dia, relacionamentos, rede de apoio, seus direitos e autonomia, sua medicação. E neste caminho, vai conduzindo os envolvidos no encontro, a um planejamento das ações e conduz a um exercício de *empowerment* desses sujeitos.

Esta estratégia pretende ainda, criar um espaço de interlocução entre usuários e trabalhadores em uma forma de encontro que pressupõe a valorização da experiência do sujeito com relação ao adoecimento e tratamento. A abertura desses espaços de expressão e diálogo permite enriquecer o olhar sobre as práticas em saúde mental e elaborar formas de cuidar mais criativas e menos prescritivas, ao estimular a participação dos usuários, e sensibilizar os trabalhadores a partir das trocas estabelecidas no encontro.

Tabela 1 - Estruturação do GUIA GAM

Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você
Perguntas sobre como cada um se identifica. Reflexão sobre estigma, a força do diagnostico que cada um recebe, sua importância e suas limitações. "Sou uma pessoa ou uma doença?"
Segundo passo: observando a si mesmo
Perguntas baseadas no autoconhecimento e automapeamento de si. Estimulo à discussão de como cada um cuida de si mesmo nos esfoques economicos, sociais, de cuidados em saúde, etc.
Terceiro passo: ampliando a sua autonomia
Perguntas baseadas no mapeamento da rede de ajuda e suporte que cada um possui. Reflexões sobre os direitos que cada um possui e quais são eles
Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos
Perguntas para estimular a identificação dos efeitos que os medicamentos psiquiátricos tem em cada um. Ao mesmo tempo que sublinha-se a importância da experiência singular de cada um para a procura do tratamento ideal, trabalha-se com conceitos de farmacodinâmica, farmacocinética e questões legais relacionadas ao uso de medicamentos
Quinto passo: por onde andamos
Utilizando-se do preceito cognitivo de realizar as mesmas perguntas com formatos diferentes, este passo é dedicado a retormar questões debatidas anteriormente de outros ângulos.
Sexto passo: planejando nossas ações
Planeja-se conjuntamente neste passo, como cada um ou o coletivo poderão levar as questões discutidas para os seus prescritores. Como criar um ambiente de construção compartilhada do tratamento de cada um. E finalmente como cada um pode assumir as decisões de suas vidas de forma coletiva e autonoma.
ANEXO (Informações adicionais sobre os psicofármacos em si)
Anexo 1: Informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos Anexo 2: Informações sobre algumas interações medicamentosas Anexo 3: Informações sobre algumas plantas medicinais Anexo 4: Lei 10.216: Lei da Reforma Psiquiátrica.

Considerando a configuração da GAM na realidade brasileira, podemos acreditar que ela possui uma na potência de intervenção, significativa, à medida que tensiona uma alteração nas relações de poder entre usuário e trabalhador. Pois trata-se de um arranjo que possibilita a inserção dos profissionais em novos moldes de encontros com os usuários, forçando a uma deslocamento de seu lugar de saber-poder, e contribuindo para provocar um movimento de escape de sua lógica centrada em consultas individuais norteadas pela tradicional queixa-conduta.

É nesse momento de reflexão sobre as práticas que a GAM nos convida a saltar dessa *loucomotiva*, que nos engessa, e ir em busca de construirmos espaços de liberdade. Pontos de encontro, onde a autonomia, o direito e a experiência dos sujeitos em sofrimento se tornem o caminho fundamental para produção de "vida desejante", ao invés de "vida sequestrada", no qual abra-se espaço para desejo-necessidade de respeito, escuta e troca, orientando o cuidado, em uma proposta de como acolher sem institucionalizar e sem "risco de farsa de pseudo-aceitação" (LOPES, 2004, p.52).

1.3 O presente das coisas futuras: horizontes de um cuidado promotor e potencializador de vidas.

É aqui que o desvio se faz, enquanto espaço/tempo de potência do novo. É nesta estação que vamos expor aquilo que esperamos para uma clínica do encontro, da singularidade e da experiência de ser. Uma clínica que nos coloca à escuta e à serviço dos movimentos de resistência e de liberdade, incentivando o acolhimento aos conflitos e ao desconforto como reveladores de pontos de transformações necessárias.

Uma prática geradora de uma liberdade pulsante, que possa transformar os corpos docilizados em desejo obstinado de libertação. Que invada os espaços de sujeição e entre vãos alargue as possibilidades de ser, (re)construindo o sujeito através de uma ética de cuidado que revitalize e possibilite a emergência de outros modos de estar no mundo. E neste sentido, Bondía (2002) nos diz ser necessário explorarmos juntos com o outro possibilidades existenciais mais estéticas, onde a busca pelo saber se dê a partir do par experiência/sentido e não apenas do acumulo frenético de informação.

A própria etiologia da palavra experiência nos sugere movimento de encontro e mutação, ao incorporar em si a essência da busca por expansão, diferenciação e acontecimento (éx - para fora; peri – em torno; ência- resultado da ação, ocorrência, e diferença). Advíncula (2001, p.59) nos sugere a compreensão do termo experiência como um movimento de percorrer caminhos e andar em torno de si, e ao encontro de outros, em uma experiência intersubjetiva. É colocar-se em interação e a partir disso diferenciar-se, desalojar-se do eu, e tornar-se outro. Assim, o acontecimento assume o caráter de "*destecedor*" dos tecidos que sustentam os sentidos arraigados. E ao romper as tramas das representações do ser no cotidiano, torna-se advento, permitindo à aquele que vive a experiência ser por ela afetado.

Trata-se de uma clínica do cuidado que se situa no campo do devir, capaz de compor em nós algo de inusitado a partir do encontro com o outro. Para isto, inevitavelmente,

precisamos estar abertos ao diferente, deixando-se afetar (afectar) pelo outro, possibilitando potencias e devires:

> *"Às relações que compõem um indivíduo, que o decompõem ou o modificam, correspondem intensidades que o afetam, aumentando ou diminuindo sua potência de agir, vindo das partes exteriores ou de suas próprias partes. Os afectos são devires (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p.36)"*

Nesta medida, construir relações de afeto potencializa possibilidades de mudanças, onde pretendemos, intuitivamente, provocar o outro a ocupar um lugar de agente. Oferecer ferramentas para instituir um pensar mais autônomo que conduza os indivíduos na busca da compreensão sobre os processos que vivencia, e as relações que estabelece com o mundo, em um exercício de apropriar-se de seu modo de vida.

Mas para isso, é necessário assumirmos uma postura de "filósofo clínico", o qual não é um conselheiro ou um avaliador que percebe os posicionamentos da pessoa, a partir apenas de referenciais teóricos, mas alguém que se dispõe a descobrir de maneira compartilhada os limites e possibilidades de sua forma de existir (DELEUZE, 2000).

Nesse aspecto, apostamos na utilização da estratégia GAM como um meio de conduzir a relação usuário/profissional para longe das paredes frias da clínica prescritiva. Pois, de acordo com Emerich (2012), precisamos estruturar mais o cuidado "nas redes quentes" de um clínica que amplie o *empowerment* e capacidade dos usuários em gerarem normas para sua vida, com maior poder contratual.

Estamos convocando a adoção de uma forma de fazer e de ser na clínica que pauta-se na sensibilidade inquieta e mais próxima da experiência do outro. Uma maneira de estar em encontro que, como diria Foucault (2008, p.432) deixa falar o que "há de alienado no homem e põe-se a dar ouvidos a tantos balbucios", e ao passo que "ouve-se crescer na desordem aquilo que será a prefiguração de uma ordem", a indiferença abre-se para a diferença.

Sabemos que existir na diferença e aceitar a possibilidade de um fazer diferente não é tarefa fácil, exatamente porque nos leva à um campo de instabilidades, no qual constantemente somos surpreendidos por algo novo que emerge quando estamos em relação com o outro. Por isso, habitar a diferença é assumir que há lugar para incerteza, para o que

não foi planejado e para o inusitado, o singular e o único. Para Simoni (2007, p.178) *"a dificuldade em dar lugar a um fazer tão diferente, não se deve à conviver com a diferença, mas de estar, em algum momento, inserido nela".*

Torna-se interessante pensarmos que a estratégia GAM-BR tem como cenário de acontecimentos, espaços grupais, de convivência, de escuta e de fala. E pressupõe que a estrutura desses encontros se configurem de modo a possibilitar uma atmosfera de composição, de trocas e compartilhamentos, de tal forma, que o operador do grupo não seja o maestro, mas o facilitador de interações diferenciadoras. E neste sentido, produzir um comum é resultado de partilharmos do exercício da diferença e da possibilidade de mutação.

Precisamos ter em mente que "o próprio processo existencial, por si só, oferece situações desalojadoras que vão propiciar transformações", em si e no outro (ADVÍNCULA, 2001, p. 205). No entanto, precisamos nos colocar permeáveis a tais experiências para que seja possível se instituir uma dupla via de afecção, na qual o saber da experiência e o saber técnico possam coexistir, sem se anularem ou subjugarem-se. Por isso, também, precisamos ter claro em nossas mentes, que nosso saber sobre o outro é limitado, restrito e inútil se não se propõe à composição, e a transformação. Assim, chegamos ao entendimento que:

> *"Não sabemos nada de um corpo enquanto não sabemos o que pode ele, isto é, quais são seus afectos, como eles podem ou não compor-se com outros afectos, com os afectos de um outro corpo, seja para destruí-lo ou ser destruído por ele, seja para trocar com esse outro corpo ações e paixões, seja para compor com ele um corpo mais potente"(DELEUZE e GUATTARI, 1997, p.37).*

Essa prática clínica exige de nós uma escuta, fundada não em uma teoria interpretativa, mas na fala da própria pessoa; um olhar clínico que parta do *"não saber"* e exista, primordialmente, como ferramenta que instigue à dúvida e questione princípios e crenças, refletindo sobre a influência dessas no contexto de nossos afetos.

Estamos propondo uma escuta clínica, na qual doença e sintomas são tomados de forma situada na experiência de vida daquele que sofre (OTANARI *et al.*, 2011). E para alcançarmos tal estado de ser, e fazer que se pretenda aberto ao encontro com o outro, precisamos nos inclinar diante da única voz capaz de narrar o sofrimento de viver o adoecimento, e auxiliar a transformação desse fenômeno passivo, na própria experiência de ser aquele que sofre, e aquele que sabe do que sofre (MONTGOMERY, 2006). E escutar esta

voz é estar atento aos afetos que se produz. É colocar-se ao lado e, sobretudo, perceber o outro como "vontade de potência"[7], respeitando suas singularidades e desejos.

Trata-se de um "momento dialético da experiência", pois formamos e reformulamos o mundo ao nosso redor, à medida que experimentamos nele. E sendo assim, sempre estamos envolvidos pela experiência e, a partir dela, transformamos todo o nosso saber, continuamente (GADAMER, 1999), tornando-se, assim, sujeito da experiência.

> *"O sujeito da experiência é sobretudo um espaço onde têm lugar os acontecimentos [...] e se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura (BONDÍA, 2002, p.19).*

Nesse caminho, essa pesquisa em intervenção teve como objetivo a produção de sujeitos de/da experiência, capazes de transformar seu saber a partir do encontro com o outro. E desenvolver com isso, um cuidado menos especialista e mais específico às necessidades e potencias daquele à quem se destina. Para Simoni (2007) construir uma clínica sob a influência da especialidade nos conduz à modos de atuar em que a relação terapêutica encontra-se enrijecida e à serviço da sustentação de um saber sem frestas, ao contrário do cuidado específico, que sustenta-se da diferença e da permeabilidade dessas fronteiras.

E deste modo, essa forma de cuidar se configura como um convite, uma possibilidade de cada sujeito envolvido nesta teia subjetiva se repensar, desacomodar, poder experienciar mudanças, em si, no outro e em tudo que os cerca. À sua maneira, cada um vai em direção à encontros de potência e criação, tornando a relação o detonador das transformações. E assim, a cada nova experimentação um outro ser se desfaz e se refaz ...

[7] A *Vontade de Potência* relaciona-se a toda força de vida que procura expandir-se, superar-se, juntar-se a outras e se tornar maior. Ela se dá na relação, é múltipla e designa um impulso de vida e uma vontade de poder. Representa uma força em movimento, uma luta constante entre o ser e o não-ser no mundo. É superação e resistência, é poder, força e autoridade para alcançar sempre "mais", e tornar-se senhor de si(NIETZSCHE, 2002).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender os efeitos da experiência de participar da estratégia de gestão autônoma de medicamentos, através das narrativas de trabalhadores da atenção básica, operadores de grupos de GAM-BR.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar se a experiência dos trabalhadores ao operar grupos GAM-BR, na atenção básica, favorece o reconhecimento aos usuários enquanto cidadãos autônomos e de direito.

Avaliar as repercussões da experimentação da estratégia GAM-BR nas narrativas dos trabalhadores da atenção básica e as possíveis interferências em suas práticas.

3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A opção por um método de pesquisa não diz apenas das técnicas utilizadas para a colheita[8] de dados, mas da postura adotada na construção da obra científica. Furtado (2012, p.28) já havia mencionado que as "nossas opções metodológicas não são neutras nem objetivas, mas tributárias de nossas concepções de mundo e posicionamento político".

É importante estarmos cientes de que escolher quais caminhos trilhar para melhor compreender nosso objeto de estudo está intrinsecamente ligado a *o quê* buscamos compreender dele. E isso não é um passo no escuro, é uma escolha ético-política que diz, tanto de *quem pesquisa,* como *do que* é pesquisado.

Para Gadamer (1999, p. 709), toda compreensão parte do sentido atribuído por aquele que compreende, aquele que conhece e opera o conhecimento a partir de suas tradições e isso torna o método, e não a ciência, insuficiente na busca "da verdade". Mas, embora a verdade não possa ser alcançada pelo limite inerente a qualquer método, ela pode ser conseguida pelo exercício de se por sucessivamente a questão, através "da disciplina de perguntar e investigar". Desta forma, para melhor compreender objeto de estudo precisamos "suspender nossas tradições" em um exercício em busca da verdade, que o método por si só não pode garantir.

Com isso, torna-se evidente a necessidade de contextualizar as tradições em que nos encontramos imersos, destacando as vertentes filosóficas e ideológicas que influenciaram a elaboração deste estudo, que é fruto de um olhar coletivo sobre as questões cotidianas dos serviços que prestam assistência à saúde mental.

Pautados em nosso compromisso com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica brasileira, o grupo de pesquisa *Saúde Mental e Saúde Coletiva: interfaces* vêm desenvolvendo estudos no âmbito dos processos de gestão e da mudança dos modelos assistenciais desde sua fundação em 2004. Neste percurso, o grupo buscou formas de aproximar-se do objeto saúde em sua complexidade e, pautados no paradigma construtivista,

[8] Adotamos o termo colheita de dados, por entender que os resultados desse estudo necessitaram ser cultivados durante todo percurso do estudo.

vem desenvolvendo pesquisas de cunho avaliativo, participativo e de abordagem hermenêutico-narrativa, tendo forte influência dos pensamentos de Gadamer e Ricoeur.

Há cinco anos este grupo passou a desenvolver uma parceria com a *Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC)*[9] que teve como uma de suas frentes a "Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos".

Este estudo avaliativo e participativo de natureza multicêntrica envolveu quatro universidades públicas com o objetivo de traduzir, adaptar e testar, em CAPS de três cidades brasileiras, o Guia pessoal da Gestão Autônoma da Medicação canadense (GGAM), culminando na elaboração e publicação do Guia brasileiro de Gestão Autônoma de Medicamentos, GGAM-BR (ONOCKO-CAMPOS, PALOMBINI, SILVA, PASSOS, *et al.*, 2012).

Paralelo a isto, o estudo buscou verificar se a gestão autônoma da medicação poderia contribuir para que profissionais de saúde, participantes da intervenção GAM, considerassem em sua prática a subjetividade e a narrativa da pessoa diagnosticada com transtorno mental. Embora tenham sido apontadas pelos profissionais algumas mudanças no que diz respeito à possibilidade de escuta mais atenta ao contexto do usuário, não mencionaram qualquer interferência disso em sua prática clínica. Mas, consideraram sua participação limitada pela descontinuidade e por sua condição de observadores, ao invés de facilitadores dos grupos (OTANARI *et al.*, 2011; ONOCKO-CAMPOS, PALOMBINI, SILVA, PASSOS, *et al.*, 2012).

Tais resultados sugeriram a necessidade de realizar estudos mais aprofundados sobre o tema, garantindo-se uma possibilidade de experimentação diferenciada aos trabalhadores.

Considerando o que foi exposto e acreditando na potencialidade de adotar a GAM como dispositivo de intervenção nas práticas de cuidado em saúde mental, buscamos

[9] através de financiamento do *Centro de Pesquisas para o Desenvolvimento Internacional (IDRC)* e do CNPq.

construir uma proposta que se mostrasse mais permeável às reverberações da vivência da GAM nos profissionais de saúde.

Assim, a partir da tradição deste grupo de pesquisa e inspirados em inúmeros trabalhos desenvolvidos no campo da avaliação em saúde, realizamos a pesquisa *"Utilização dos grupos GAM como instrumento de educação para reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental"*, aprovada pelo CEP da Faculdade de Ciências médicas sob o parecer N° 520/2011 (Anexo I). Tal pesquisa desdobrou-se em três obras diferentes, sendo uma delas a dissertação aqui apresentada.

3.1 O delineamento da pesquisa "maior"

A pesquisa sobre utilização da estratégia de GAM como instrumento de educação buscou verificar a capacidade formativo-reflexiva desse dispositivo junto aos profissionais da rede de cuidado em saúde mental. Também, teve como objetivo a elaboração participativa do Guia de Operadores GAM. E, para isso, contou com a participação de alunos de especialização e profissionais de Unidades de Atenção Básica e de Centros de Atenção Psicossocial, em grupos de intervenção GAM (GIs).

Os GIs forma realizados nas unidades de atuação dos trabalhadores, operadores dos grupos, com frequência semanal e contando com a participação de 10 usuários de psicotrópicos, em média. Os encontros tiveram como fio condutor o guia GAM-BR, o qual busca a partir do exercício de auto-observação e reconhecimento de necessidades e direitos, contribuir para a (re)apropriação do poder decisório por parte dos usuários. Os grupos se encontraram por cerca de 7 meses até concluírem seu trabalho com o guia.

É importante considerar que a GAM parte do pressuposto que o tratamento em saúde mental não se restringe ao medicamento, mas que este é, realmente, um aspecto que precisa ser trabalhado (ONOCKO-CAMPOS, PALOMBINI, SILVA, PASSOS, *et al.*, 2012; ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, *et al.*, 2012). Desta forma, a utilização do dispositivo GAM pareceu uma estratégia interessante de intervenção nas práticas ainda não alteradas pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Pois, embora tenhamos obtido sucesso considerável na transição do

modelo asilar para o de saúde comunitário, ainda privilegia-se a abordagem farmacológica, muitas vezes, como única forma de tratamento.

Além disso, a utilização acrítica de medicamentos e o frágil compartilhamento decisório entre trabalhadores e usuários são importantes reveladores de que ainda é preciso avançar no campo da saúde, no que diz respeito ao reconhecimento do direito e da autonomia dos usuários (ONOCKO-CAMPOS, PALOMBINI, SILVA, PASSOS, *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, torna-se evidente que o objeto desse estudo está pautado nas inter-relações usuário/trabalhador/serviço de saúde, a quais tornam-se reveladoras dos desafios colocados à atual Política Nacional de Saúde Mental. Assim, em busca de compreender esse objeto na sua complexidade, desenvolvemos uma abordagem metodológica sob a luz da hermenêutica crítica e fundamentada no tripé avaliação, participação e intervenção.

Apostar na utilização da hermenêutica como norteadora de um processo avaliativo nos conduz a um maior rigor metodológico, à medida que representa mais que uma técnica, trata-se de uma postura interrogativa, na qual nos colocamos a face de nossas tradições. Essa forma de se colocar frente ao objeto fundamenta a avaliação de quarta geração também conhecido como construtivista.

A avaliação construtivista sustenta que existam múltiplas realidades socialmente construídas, em que "a verdade" trata-se de construções mais fundamentadas e esclarecidas através de acordos ou consensos provisórios entre os participantes. Supõe que as realidades não estão "lá fora", mas são construídas pelas pessoas, geralmente sobre influência de inúmeros fatores socioculturais, essenciais e significativos. Não há realidade completamente objetiva, exceto a que criamos para atribuir sentido ao nosso entorno (GUBA e LINCOLN, 2011, p.19).

Nesse sentido, toda compreensão é hermenêutica, e deve ser entendida como um ato da existência e, portanto um processo histórico, cabendo ao exercício interpretativo um movimento circular em busca de preencher as lacunas, em uma dialética mediada pela interrogação, pois nada do que se pretende interpretar pode ser compreendido de uma só vez (GADAMER, 1999; 2003).

É um vai e vem compreensivo/interpretativo, em que se coloca a possibilidade de corrigir conceitos prévios em um constante projetar de opiniões. Trata-se de um compromisso com "a verdade" como uma possibilidade de ser, não como algo fechado, mas como algo temporal que se re/des/constrói a cada diálogo.

Esta abordagem se sustenta em um processo democrático, em que investigador e os investigados encontram-se entrelaçados. Nesse paradigma, o processo de investigação pressupõe "a iteração, análise, crítica, reiteração, reanálise e assim por diante", em uma metodologia hermenêutico-dialética (GUBA e LINCOLN, 2011, p. 96).

Para Ayres (2011, p.147), a arte da hermenêutica está na possibilidade do outro ter direito, e não de se pretender ter a última palavra. É estar em encontro com o outro, e quanto mais em contato estivermos, não necessariamente concordando, mas coincidindo, mais próximos estaremos da verdade desse encontro. Trata-se de "uma verdade prática", uma experiência em curso, ilimitada e sempre aberta a ressignificação, que será tão expressiva quanto mais ativa for nossa interação.

Gadamer (1999) diz que toda compreensão é sempre uma interpretação, pois se trata de uma fusão de horizontes onde não podemos pressupor uma neutralidade do intérprete. Isto se deve ao fato de que no exercício compreensivo parte-se de um pré-saber, com o qual sem os devidos cuidados podemos comprometer a compreensão e impedir a alteridade do outro. No mesmo caminho Ayres (2008, p.61) traz que:

> *O 'modus operandi' de uma avaliação instituída pela hermenêutica é um convite ao diálogo. [...] é preciso retirar do pano de fundo onde subjazem sem voz os pré-conceitos que participam de forma tácita de nossos diálogos na saúde.*

Aquele que busca compreender não pode anular a si mesmo, no que diz respeito a suas opiniões previas, mas também não pode entregar-se de antemão ao arbítrio delas, o que se exige é uma abertura à opinião do outro, colocando-a em alguma relação com o conjunto de nossas opiniões prévias (GADAMER, 1999).

Mesmo porque, não podemos esquecer que ao buscar aproximar-se de uma verdade, necessariamente devemos incluir aqueles que coexistem nessa verdade.

Podemos entender, com isso, que uma avaliação que se pretende aberta a fusões de horizontes, necessariamente precisa "trazer para bem perto a presença do outro", em busca de estabelecer pontes de interlocução entre os atores envolvidos, em uma perspectiva de superar conflitos através do exercício de liberdade e direitos (FURTADO, 2012, p.18).

Nesta linha, produzir formas de interação que inclua os participantes do estudo em um processo avaliativo, possibilita ter alcance aos conteúdos do cotidiano do cuidado que escapam aos instrumentos de avaliação formal, pautados na lógica da mensuração. Incluir os atores sociais nesse processo pode inclusive ser uma forma de dotá-los de poder e habilidades com relação a suas próprias práticas, sendo, com isso, também uma ação interventiva. Para Passos et al (2008, p.225) avaliar:

> *"traz uma dimensão de intervenção já que, ao incluir os diferentes atores mantendo a tensão gerada pelas relações de poder entre eles, provoca-se um reposicionamento, fazendo com que aqueles que estariam na posição de avaliados sejam eles também avaliadores [...] nesse sentido produzir avaliação é também produzir sujeitos com um olhar avaliativo".*

Furtado (2006) evidenciou que a avaliação participativa atua no instituído com o objetivo de tensionar a reformulação e o aperfeiçoamento das práticas. E por esse motivo, é comum que ocorra um afloramento dos jogos de poder onde esse dispositivo opera, em virtude de seu caráter político que demanda diálogo e negociação com respeito à alteridade.

Cabe relembrar que o propósito da pesquisa sobre a GAM foi trazer para o centro das discussões a dimensão política-ideológica do cuidado em saúde mental, em face de se ocupar de um debate, mais do que necessário, para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Falar da autonomia, do direito e do lugar da medicação na vida das pessoas é colocar em evidência as relações subjetivas envolvidas no processo terapêutico, e, portanto, em xeque o próprio tratamento em saúde mental.

Nesta linha, considera-se a avaliação participativa emancipadora, à medida que empodera os participantes por meio dos estudos desenvolvidos aumentando sua capacidade de intervenção na realidade cotidiana (FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008). Tal efeito se faz presente em razão de que toda boa avaliação desencadeia um processo interno de discussão e gera um ganho de reflexão crítica naqueles que dela participam (DESLANDES, 2008).

Exposto isso, retomamos que a proposta da pesquisa citada aqui foi avaliar junto aos alunos de especialização e profissionais de saúde as repercussões das vivências GAM enquanto dispositivo de intervenção. Assim, construiu-se um desenho de estudo que possibilitasse, ao mesmo tempo, identificar os limites e potencialidades da estratégia GAM como dispositivo de intervenção e avaliar as repercussões dessa experimentação nos participantes.

3.1.1 O reconhecimento do campo

O delineamento do campo para este estudo levou em consideração a localização dos serviços utilizados para o desenvolvimento de estágios de programas de aperfeiçoamento profissional em saúde UNICAMP. Para isso, realizamos um rastreamento dos serviços públicos que contribuem para a formação de residentes de psiquiatria, medicina de família, medicina preventiva e aprimorandos de saúde mental e gestão e planejamento.

Assim, foram convidados a participar do estudo unidades de atenção primária à saúde e unidades de referência de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial) que recebiam residentes em saúde da família e aprimorando de saúde coletiva desta instituição. Com isso, chegou-se ao delineamento de duas cidades do estado de São Paulo, Campinas e Amparo, como campos de intervenção da GAM. Cabe salientar que os serviços alvo para o desenvolvimento da estratégia GAM foram os CAPS e as unidades de atenção primária desses município.

Campinas é uma cidade com pouco mais de um milhão de habitantes, localizada na região sudeste do país, que conta com uma complexa rede de serviços sob gestão plena[10] do sistema de saúde. Devido a composição numerosa e diversificada de sua rede assistêncial subdivide-se em cinco distritos sanitários (DS), os quais atuam no planejamento e gestão dos equipamentos de assistência à saúde. Possui uma das mais desenvolvidas redes de saúde

[10] Modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município.

mental do país, contando com 11 CAPS, sendo 6 CAPS III, 1 CAPSad III, 2 CAPSad II, e 2 CAPSi, alcançando o índice de cobertura de CAPS de 1,32[11]. Também, dispões de uma equipes de saúde mental na atenção primária a cada 30.000 habitantes presentes em 30 unidades de saúde para o apoio às equipes de saúde da família. Somado a isso, Campinas possui ainda 20 leitos psiquiátricos em hospital geral e 72 leitos de retaguarda[12] em hospital especializado. E conta com 9 campos de redução de danos, 1 uma equipe de consultório na rua, 12 Centros de Convivência, 1 Núcleo de Oficinas de Trabalho e mais 3 iniciativas de educação, arte e cidadania (CAMPINAS, 2013).

Com relação a Atenção Básica o município conta com 62 unidades de atenção primária 111 Equipes de Saúde da Família (cobertura de 34,86%) e o número absoluto de 436 agentes comunitários de saúde (cobertura de 22,82%). Podemos perceber com isso que apesar da rede psicossocial ter avançado significativamente em sua estruturação neste município, a cobertura na atenção primária é muito inferior ao necessário para cumprir com a política nacional de atenção básica (BRASIL, 2013d).

O município de Amparo localiza-se à 102 Km de Campinas, e é campos de estágio para UNICAMP no núcleo de saúde da família. Com uma população de 65.670 habitantes, possui uma ótima cobertura na atenção primária com 20 equipes de saúde de Saúde da Família (100%) e 74 agentes comunitários de saúde - 63,84% de cobertura. Além disso, a cidade conta com um CAPS II e um CAPSad e um hospital psiquiátrico privado/sem fins lucrativos, de gestão municipal 223 leitos, 160 pelo SUS (BRASIL, 2013a; d).

Após o reconhecimento do campo, foram mapeados os serviços possíveis para aplicação da estratégia GAM e iniciamos os contatos institucionais para viabilizar a realização do estudo. Inicialmente foram encontrados 11 serviços de saúde, totalizando 40 interessados em aproximar-se do estudo (Tabela 2).

[11] Índice de cobertura considerada muito boa pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012)

[12] O Núcleo de Retaguarda compõe a rede de Assistência à Saúde Mental do município, sendo acessado quando é necessário suporte um espaço de internação semiaberta ou de tratamento intensivo. Possui 50 leitos de internação; 06 leitos 72hs; 10 leitos de retaguarda noturna; e 6 leitos de retaguarda clínica.

Tabela 2 - Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (Início dos grupos GAM)

	COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS GAM POR CAMPO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO (INÍCIO DOS GRUPOS GAM)										
		Operadores-Estudantes				Operadores-Trabalhadores					Usuários
	CAMPO DE PESQUISA	Aprimorando de Saúde Mental	Residente de Psiquiatria	Residente de Saúde da Família	Residente de Saúde Coletiva	Psicólogo	Enfermeiro	Terapeuta Ocupacional	Téc. e Aux. de enfermagem	Psiquiatra	Usuário
Campinas-SP	CAPS Integração	1	-	-	-	-	1	2	-	-	13
	CAPS David	1	1	-	-	1	-	-	2	-	5
	CAPS Toninho	1	-	-	-	1	-	1	-	1	9
	CAPS Estação	1	-	-	-	1	1	-	-	-	6
	CAPS Novo Tempo	1	-	-	-	-	1	-	-	1	4
	UBS Rosália	-	-	-	1	-	1	-	1	-	6
	UBS Vista Alegre	1	-	-	1	1	-	1	-	-	5
	UBS Aeroporto*	-	-	-	1	-	1	-	1	-	3
	UBS São Marcos	1	-	-	1	1	-	1	-	-	6
Amparo	USF Camanducaia	-	-	2	-	1	-	-	1	-	6
	USF Brasil*	-	-	1	-	-	1	-	1	-	8
	Total	7	1	3	4	6	6	5	6	2	**71**
Total de Operadores						**40**					

UBS (Unidade Básica de Saúde) CAPS (Centro de Apoio Psicossocial 24h) USF (Unidade de Saúde da Família)

*serviços que desistiram de participar da intervenção GAM

A partir disso, começamos um processo de esclarecimento dos participantes sobre a proposta da GAM e fortalecimento da parceria de pesquisa, visto que pretendíamos desenvolver um estudo de caráter participativo.

Neste primeiro momento, contextualizamos junto aos possíveis operadores que a estratégia GAM visa tensionar a emergência de espaços de encontro, nos quais usuários e trabalhadores pudessem dialogar sobre o uso de psicofármacos, tanto na perspectiva de quem toma, como de quem prescreve. Enfatizamos ainda, a intenção desse dispositivo de promover uma reflexão sobre qualidade de vida, autonomia e direitos dos usuários. Esclarecemos que não se tratava de estimular usuários a abandonarem seus tratamentos, e muitos menos fazer uma apologia a automedicação, mas sim incluir a voz e o saber do usuário como algo a ser considerado na construção do projeto terapêutico. Assim, entre os meses de março e abril de 2011, foram realizados quatro encontros de sensibilização com diferentes públicos (Figura 1).

Os encontros foram realizados na Unicamp e foram convidados a participar trabalhadores, residentes e aprimorandos dos serviços campo de formação desses estudantes de especialização. Cada encontro teve duração média de 3 horas, em que foram apresentadas os princípios da intervenção e os moldes previstos pelos pesquisadores para o desenvolvimento da estratégia. Somado a esses, desenvolvemos mais dois encontros aprofundando com os possíveis operadores, o histórico da estratégia GAM no Canadá e no Brasil, e apresentamos o guia de forma interativa e comentada. Desenvolvemos, ainda temas como autonomia, compartilhamento nas decisões e manejo de grupos, além de realizarmos orientações sobre os métodos de colheita de dados (entrevistas semiestruturadas; diário de campo e posterior oficina para o desenvolvimento do guia do operador GAM).

A fase de sensibilização e esclarecimento sobre a proposta do estudo de intervenção e dos objetivos da GAM configurou-se como um processo longo e complexo, e houveram desistências ao logo desse caminho. Alguns campos consideraram não estar “prontos” para desenvolver a estratégia GAM junto aos usuários do serviço e outros consideraram que a equipe teria dificuldade em “sustentar” um dispositivo como esse, reduzindo o número de participantes para 29 interessados, 9 serviços (Tabela 3).

De certa forma, sabíamos de antemão, que encontraríamos dificuldades com relação a “disponibilidade” dos trabalhadores frente a proposta da GAM-BR. Pois, na experiências da pesquisa de adaptação dessa estratégia para o contexto brasileiro Onocko-Campos et al (2012) apontaram o quão essa abordagem era considerada radical por diversos profissionais, sendo que alguns coordenadores de serviços não aceitaram a proposta desenvolver a intervenção GAM, e outros solicitaram fazer modificações no material antes que os usuários tivessem acesso. Havia e há o temor, por parte dos trabalhadores de serviços de saúde mental, sobre a forma como as informações devem ser apresentadas aos usuário.

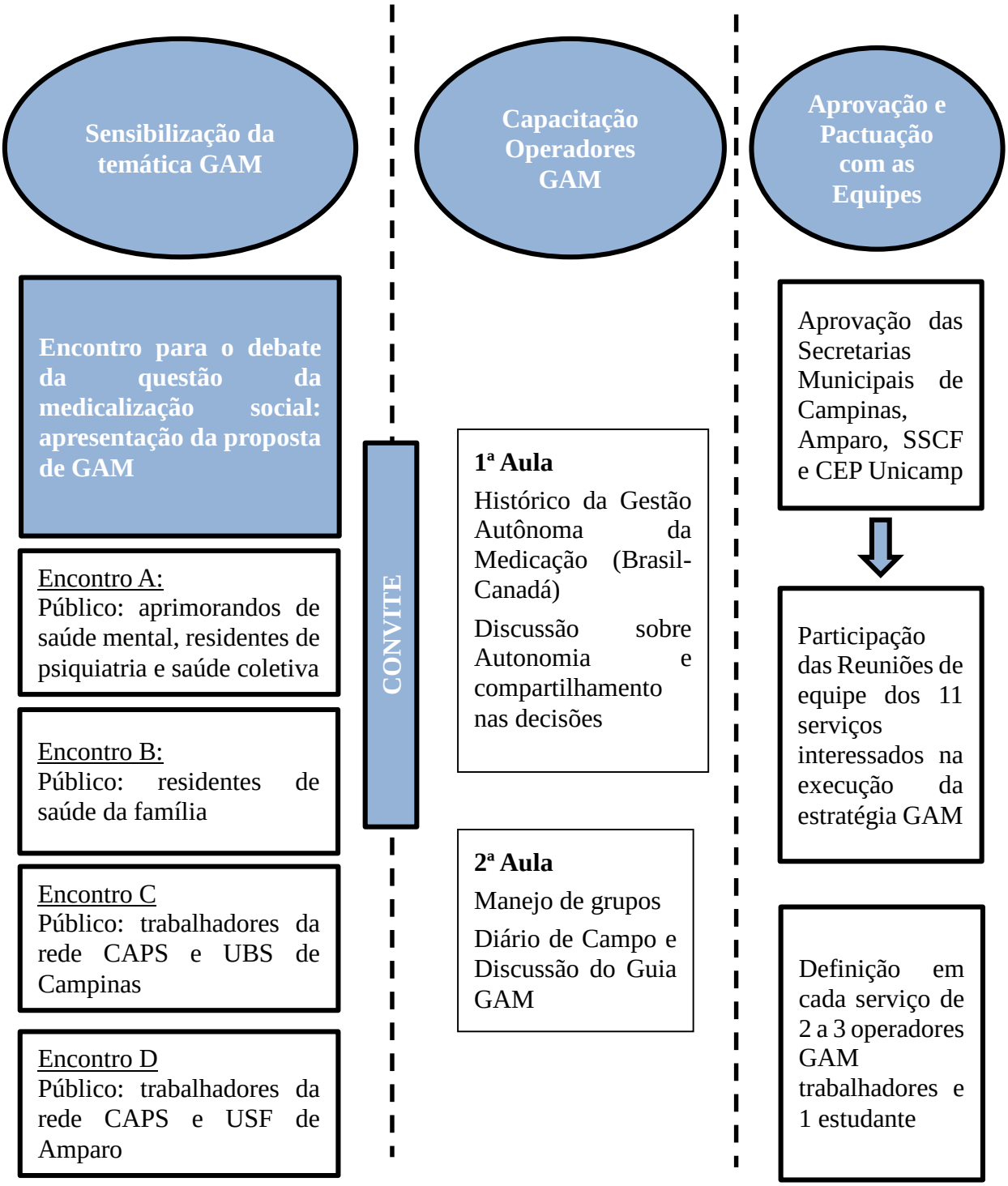
Sensibilização da temática GAM
Capacitação Operadores GAM
Aprovação e Pactuação com as Equipes
Encontro para o debate da questão da medicalização social: apresentação da proposta de GAM
Encontro A:
Público: aprimorandos de saúde mental, residentes de psiquiatria e saúde coletiva
Encontro B:
Público: residentes de saúde da família
Encontro C
Público: trabalhadores da rede CAPS e UBS de Campinas
Encontro D
Público: trabalhadores da rede CAPS e USF de Amparo
CONVITE
1ª Aula
Histórico da Gestão Autônoma da Medicação (Brasil-Canadá)
Discussão sobre Autonomia e compartilhamento nas decisões
2ª Aula
Manejo de grupos
Diário de Campo e Discussão do Guia GAM
Aprovação das Secretarias Municipais de Campinas, Amparo, SSCF e CEP Unicamp
Participação das Reuniões de equipe dos 11 serviços interessados na execução da estratégia GAM
Definição em cada serviço de 2 a 3 operadores GAM trabalhadores e 1 estudante

Figura 1 - Etapas de sensibilização para definição dos participantes e entrada no campo

Tabela 3 - Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (Final dos grupos GAM)

	COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS GAM POR CAMPO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO (FINAL DOS GRUPOS GAM)										
		Operadores-Estudantes				Operadores-Trabalhadores					Usuários
	CAMPO DE PESQUISA	Aprimorando de Saúde Mental	Residente de Psiquiatria	Residente de Saúde da Família	Residente de Saúde Coletiva	Psicólogo	Enfermeiro	Terapeuta Ocupacional	Téc. e Aux. de enfermagem	Psiquiatra	Usuário
Campinas-SP	CAPS Integração	1	-	-	-	-	-	2	-	-	9
	CAPS David	1	1	-	-	-	-	-	2	-	5
	CAPS Toninho	1	-	-	-	1	-	1	-	1	7
	CAPS Estação	1	-	-	-	1	1	-	-	-	4
	CAPS Novo Tempo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	UBS Rosália	-	-	-	1	-	1	-	1	-	6
	UBS Vista Alegre	1	-	-	1	1	-	1	-	-	5
	UBS Aeroporto*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	UBS São Marcos	1	-	-	-	1	-	1	-	-	6
Amparo	USF Camanducaia	-	-	2	-	1	-	-	1	-	6
	USF Brasil*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	7	1	2	2	5	2	5	4	1	**51**
Total de Operadores						**29**					

UBS (Unidade Básica de Saúde) CAPS (Centro de Apoio Psicossocial 24h) USF (Unidade de Saúde da Família)

*serviços que desistiram de participar da intervenção GAM

Propusemos tal desenho por entender que a inclusão dos trabalhadores ou beneficiários no cerne do estudo aumentaria as chances de utilização dos resultados da pesquisa e acarretaria transferência de conhecimento entre os participantes (PATTON, 2008).

Os encontros foram realizados semanalmente na Unicamp, durante o mês de fevereiro de 2012, e, tinham como finalidade fornecer aos operadores GAM-BR aporte teórico sobre manejo de grupos e contextualizar a estratégia GAM através de debates sobre os temas propostos pelo guia. Somado a isso, realizamos pactuações sobre as informações consideradas importantes de serem registradas nos diários de campo, para posterior elaboração do guia do operador GAM-BR.

Além disso, foram combinados os aspectos éticos dos operadores em relação aos grupos de intervenção, por exemplo: garantia do sigilo, continuação do tratamento dos pacientes participantes ou não dos grupos. Também, apontamos como um cuidado à proposta de intervenção a não utilização do espaço-tempo do grupo GAM para desenvolver atividades paralelas, ou abordagens concorrentes a ele, etc.

Neste momento, foi possível explicar a necessidade de realização periódica dos encontros dos grupos de intervenção (GIs), bem como sua composição. Pactuamos que cada GI teria participação de cerca de 10 usuários de psicotrópicos; 1 a 2 operadores (Estudantes em programas de especialização na saúde/Residente ou Aprimorando); 1 a 2 operadores (Trabalhador do serviço de referência) e 1 apoiador (pesquisador), sendo que ao apoiador não era proposto a participação no espaço do grupo, a menos que isso fosse solicitado pelos operadores.

Assim, foram estruturados 9 GI, sendo 5 em CAPS e 4 em Unidades de Atenção Básica. Os encontros foram realizados semanalmente, com duração de aproximadamente de uma hora, totalizando entre 18 a 22 encontros por serviço até concluir os trabalhos com o Guia GAM-BR em cada grupo.

3.1.2 A identificação dos participantes

Posteriormente a fase de sensibilização, em que compareceram 63 interessados, 42 iniciaram a operacionalização dos grupos de intervenção GAM em suas respectivas unidades de atuação (6 UBS e 5 CAPSIII). Destes, 8 eram aprimorandos de saúde mental; 2 residentes de saúde da família, 3 residentes de saúde coletiva, 1 residente de psiquiatria, 12 psicólogos, 4 enfermeiros, 8 Terapeutas ocupacionais, 3 técnicos de enfermagem e 1 era profissional de nível médio.

A intervenção ocorreu entre Julho de 2011 a maio de 2012, com 9 GI que chegaram a fase final, tendo uma duração média de 8 meses. Após esse período restaram apenas 29 operadores GAM, sendo 17 trabalhadores de saúde (8 em UBS e 9 em CAPSIII) e 12 estudantes de pós-graduação representando 9 campos distintos (4 UBS e 5 CAPS III), atingindo aproximadamente 50 usuários.

Embora os usuários não tenham participado diretamente da pesquisa aqui apresentada, foram atores importantes desse processo, à medida que se tornaram agentes das tensões junto aos profissionais e serviços de saúde, no que diz respeito ao seu exercício de autonomia e garantia de direitos.

O convite para esse grupo de interesse foi feito por estratégias coletivas (assembleias, divulgação em sala de espera e contatos telefônicos).

Foram considerados como critérios de inclusão e exclusão os seguintes:

- Usar psicotrópico continuamente a mais de um ano.
- Não apresentar limitações cognitivas que inviabilizem sua participação nos espaços grupais;
- Ter interesse em participar dos GGAM-BR e consequentemente de subsidiar o desenvolvimento da pesquisa.

Com relação aos *participantes* foram considerados como critérios de inclusão:

- Ser estudante de especialização ou trabalhador de serviço público de saúde, que contribua para a formação (UBS ou CAPS), situados nas cidades de Campinas ou Amparo, no estado de São Paulo;
- Ter interesse em desenvolver o grupo de GAM-BR em sua unidade de atuação e aceitar participar do estudo.
- Não foi critério de exclusão o profissional que fosse referência de usuário participante do GGAM, justamente para não se criar um ambiente artificial e lidarmos com situações mais próximas da prática diária.

3.1.3 O tratamento dos dados

A pesquisa foi desenvolvida através da estratégia da avaliação participativa, no intuito de colocar em evidência questões pouco discutidas tanto por parte dos usuários como dos trabalhadores de saúde mental. Assim, durante todo o estudo os envolvidos foram convidados a realizar uma reflexão sobre a autonomia e o direito dos usuários de psicotrópicos através de uma abordagem metodológica que implicava diálogo e compreensão.

Compreender é a abertura de uma possibilidade de ser (no mundo) e não simplesmente o conhecimento de um fato bruto (Salles, 2009). Para isso, é preciso considerar as interpretações dos participantes sobre as mudanças percebidas em um processo avaliativo, pois ninguém se encontra mais capacitado do que eles no que diz respeito a analisar a sua própria trajetória (DESLANDES, 2008). Nesse sentido, a avaliação deve ser entendida como uma atividade interligada ao processo de trabalho, não como um mero saber técnico, mas como um desencadear de processos (SPINELLI, 2008, p.122).

> *"não é nada mais, nem nada menos que um processo contínuo e permanente de auto avaliação [...] se trata de mudar as práticas para procurar outros impactos, ao invés de andar procurando adjetivos para sustentar velhas práticas."*

Tendo em mente que tal processo é dinâmico e não se limita a uma intervenção pontual, tivemos a preocupação de desenvolver uma técnica de colheita de dados que levasse em consideração o caminho percorrido pelos participantes. Desta forma, construímos um desenho de pesquisa e intervenção com caráter avaliativo participativo a partir de triangulação de métodos qualitativos.

Conforme Minayo *et al.* (2005), pode-se entender a triangulação de métodos como uma estratégia de diálogo capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática através da inclusão de técnicas variadas de coleta de dados, visto que nenhum método consegue responder sozinho às questões que a realidade social coloca.

A combinação de vários instrumentos em uma mesma investigação possibilita ultrapassar as limitações de cada método, de forma a contribuir para uma melhor aproximação, compreensão e explicação dos processos e fenômenos sociais. Esse modo de fazer pesquisa possibilita acessar a visão de mundo dos informantes, agregando diferentes pontos de vista, com o principal objetivo de buscar a convergência dos resultados da investigação (Goldenberg et al., 2003; Duarte, 2009).

Assim, realizamos a colheita dos dados a partir da conjunção de três técnicas para melhor compreensão do objeto de estudo: entrevistas semiestruturadas antes e após os grupos de intervenção (técnica 1); diários de bordo dos participantes (técnica 2) e oficinas de debate e aprofundamento (técnica 3), conforme Figura 2**.**

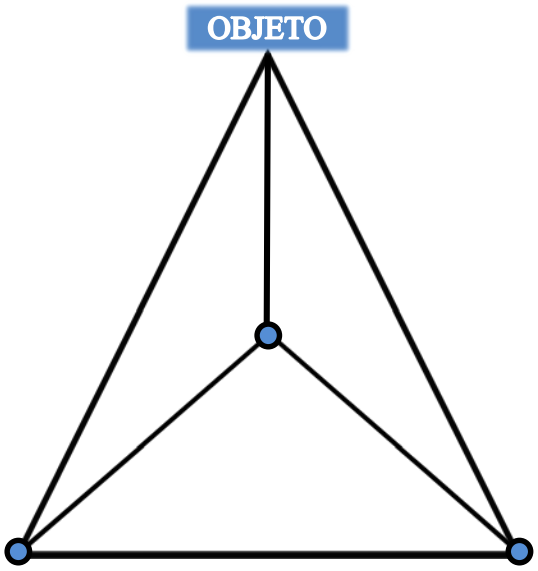

Figura 2 - Triangulação de métodos

O primeiro método avaliativo se configurou pela condução de entrevistas semiestruturadas com os operadores dos grupos de GAM, com duração média de 1 hora cada. As entrevistas foram realizadas em locais de escolha dos participantes (Unicamp, local de trabalho ou residência), sendo que foram realizadas em dois momentos distintos, antes (T0) e depois (T1) dos grupos.

A entrevista tempo zero (T0) ocorreu antes do início das atividades de intervenção, e seguiram um roteiro previamente estabelecido (Anexo IV). Os depoimentos foram audiogravados, transcritos e transformado em narrativa através da extração dos núcleos argumentais.

Após o término dos grupos de intervenção e em posse das narrativas do T0, realizamos novas entrevistas (T1) com cada participante (Anexo V). O propósito desse segundo momento foi de realizar uma devolutiva das informações colhidas anteriormente, a fim de possibilitar validação dos dados, verificar a ocorrência de mudança no discurso e promover um exercício crítico-reflexivo aos participantes do estudo.

Ao final do processo, elaboramos uma metanarrativa, no sentido de densificar as informações geradas pelas entrevistas T0 e T1. Buscamos destacar nela o processo reflexivo promovido durante o período de intervenção e na própria retomada da narrativa enquanto objeto de autoanalise do sujeito. Em ambos momentos as narrativas foram elaboradas e validados por pesquisadores diferentes, em busca de alcançar maior coerência e aproximação com o discurso verbal.

Esse modo de tratar os dados do estudo perdurou durante toda a etapa de intervenção, partindo-se da experiência concreta (os grupos e o que se conta neles) à construção das narrativas (textos como versões de mundo) até chegar à interpretação (compreensão, significação), conforme diagrama visualizado na Figura 3.

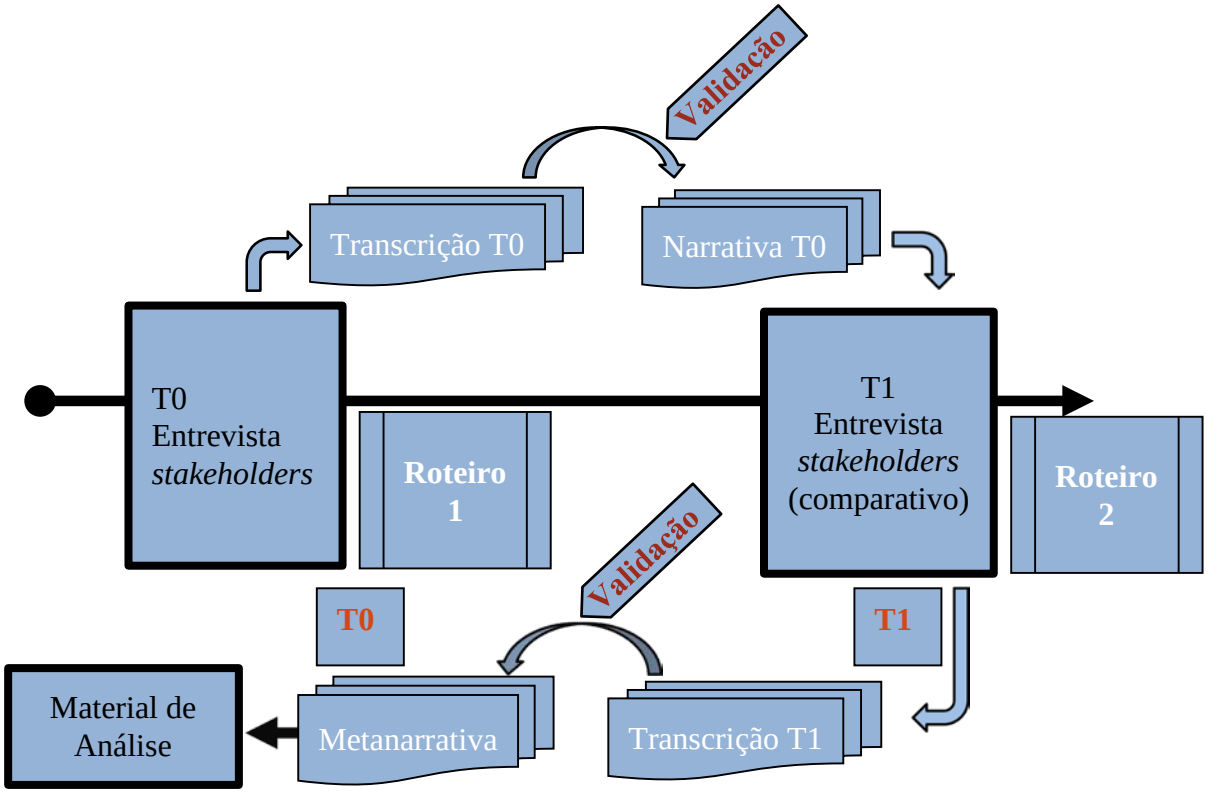

Figura 3 – Método de colheita e análise de dados.

Esse percurso coincidiu com a passagem de mimese I (a representação do mundo, daquilo que já está inserido numa práxis social), à mimese II (a tessitura da intriga, a

construção narrativa em si) e finalmente à mimese III (a restituição ao mundo do leitor, da vida) (RICOEUR, 1997; FLICK, 2004; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008).

Optamos por trabalhar os dados desta forma por acreditar que tomar fragmentos de memórias e transformá-los em narrativas representa uma estratégia política de estabelecer uma reflexão sobre si e sobre o mundo. Para Onocko-Campos e Furtado (2008) inserir as narrativas no arranjo da pesquisa participativa, envolvendo os sujeitos no círculo hermenêutico, possibilita a retomada da própria narração e com ela a intervenção no universo pesquisado.

O círculo hermenêutico é uma forma de trabalhar os dados que possibilita a coexistência da produção e análise ao longo de todo processo investigativo, permitindo aos participantes criticar os resultados (neste caso as narrativas) fazendo vistas a uma construção conjunta (GUBA e LINCOLN, 2011). Deste modo, os grupos de interesse são considerados ao mesmo tempo fonte de informação e agentes de transformação da realidade (FURTADO, 2006).

A adoção da narrativa como estratégia de intervenção se mostra potente à medida que através dela é possível fixar a experiência viva no tempo e na história e possibilitar ao sujeito se reencontrar com seu discurso. Além disso, pode representar um momento privilegiado de colocar em questão sua identidade e os sentidos de mundo criados por eles.

Para Ricoeur (1995), a partir da construção de uma identidade narrativa o sujeito tem a oportunidade de pensar e contar sobre si. É ela que dá ao personagem um carácter durável, não no sentido de identidade fixa, mas dinâmica, visto que é resuldato do exercício da intriga, ou seja, da mediação entre permanência e mudança do ser no tempo (CORREIA, 2008).

É essa possibilidade de fechamento e de abertura que a identidade narrativa sugere. Essa é a potência de ser utilizada como estratégia de pesquisa e também de intervenção. Ela parte do pressuposto de que toda história pode ser recontada, e esse recontar que a história se permite gerar um paradoxo, pois a cada conto ela muda, ainda que tentemos mantê-la, mas ao mesmo tempo ela continua a despeito de nosso desejo de mudá-la.

E nesse movimento as representações dizem mais de ações que de homens, à medida que são resultantes da tessitura dessa intriga. Nela estão evidenciadas as relações existentes entre o personagem e a cultura. Isso quer dizer que se uma ação pode ser narrada é por que está simbolicamente mediada, e se a ação é simbólica, está na cultura e, portanto, compartilhada. Passando a ser uma inter-ação sujeto/cultura (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008).

Logo, aquilo que é narrado sempre faz referência ao contexto do vivido. Embora já nos tenha sido dito que a vida narrada difere da vida vivida, é a narração que possibilita transformar o vivido em algo que possa ser compartilhado. É a experiência de narratividade que permite reproduzir a história em um enredo passível de ser interpretado e compreendido. (RICOEUR, 1994; 1995; 1997; 2000).

> *"la historia no puede separarse por completo del relato, pues no puede separarse de la acción que implica agentes, fines, circunstancias, interacciones y consecuencias queridas y no queridas. Ahora bien, la trama es la unidad narrativa de base que integra estos ingredientes heterogéneos en una totalidad inteligible"(RICOEUR, 2000, p.193).*

Portanto, a narrativa se torna um caminho para compreensão, a medida só podemos compreender aquilo que se encontra de alguma forma compartilhado através da linguagem. Resgatamos com isso, o apontamento gadameriano (1999) de que o ser que pode ser compreendido é linguagem.

Por conseguinte, utilizar a narrativa como forma de linguagem pode ser um caminho na busca da compreensão. Não se trata de descobrir um sentido inerte contido no mundo do texto, mas revelar a possibilidade de ser indicada por ele. Portanto, compreender é compreender-se diante do texto (RICOUER, 2011). Nesse aspecto, trabalhamos com versões textualizáveis da experiência vivida pelo indivíduo como forma de coletivizar e possibilitar a compreensão dessa experiência.

A narrativa ganha aqui um papel de mediação entre indivíduo e sociedade, representando um dispositivo poroso de interlocução (GUIMARÃES, 2006). Além disso, assume um sentido maior do que uma simples sequência de acontecimentos, passa a representar modos de pensar (BURKE, 1992).

O segundo método consiste na análise dos diários de campo dos operadores dos grupos intervenção GAM, os quais seguiram um roteiro norteador (Anexo VI), elaborado em conjunto com os participantes no momento da sensibilização. Foi proposto que o operador do grupo registraria suas impressões sobre os grupos de intervenção (GI), ao final de cada encontro.

O último método consistiu na realização de oficinas com os operadores dos grupos, participantes da pesquisa. Utilizamos a técnica de grupos nominais, também chamado de painel de especialistas. Trata-se de uma iniciativa de caráter coletivo, que reúne várias pessoas consideradas capazes para o tratamento das questões envolvidas no objetivo da pesquisa. O caráter de especialista pode estar relacionado ao fato desse grupo vivenciar situações ou experiências de interesse da pesquisa. Ela pode representar um meio de obter diferentes pontos de vista o fenômeno investigado (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Consideramos como especialistas em nosso estudo os participantes, por terem experimentado os GIs, estando apropriados do tema da GAM, e portanto aptos a proferir considerações sobre seu caráter interventivo no que diz respeito ao reconhecimento da autonomia e do direito dos usuários de psicotrópicos.

Assim, durante as oficinas promovemos um debate sobre os temas desenvolvidos nos GGAM e ponderamos os consensos e dissensos entre os participantes. Esse processo buscou levantar junto aos operadores da estratégia (especialistas) as informações pertinentes sobre os desfio, potencialidades e inovações vivenciados no desenvolvimento dos grupos GAM-BR em cada campo. Com essas considerações em mãos a equipe de pesquisa sistematizou as experiências trazidas pelos participantes, com vistas à elaboração do guia do operador GAM.

Cabe ressaltar ainda que essa técnica metodológica tem grande potencial formativo, na medida em que contribui para construção de novos conhecimentos ao estabelecer espaços de participação coletiva, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade mediante o diálogo (FREIRE, 2002).

Somadas aos espaços de oficina, foram realizadas reuniões com operadores GAM, regularmente, considerando a demanda dos mesmos, no intuito de exercer a função de apoio ao desenvolvimento da estratégia.

Conforme Campos e Domitti (2007) cabe ao apoiador assegurar retaguarda especializada, e buscar construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento e desenvolvimento de estratégias criativas para enfrentamento de situações adversas. É uma ferramenta potente para agenciar a instrumentalização das equipes, no sentido de impulsionar na ampliação da clínica (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Além disso, ele representa um instrumento relevante na tarefa de promoção do exercício político, que propõe refletir sobre os "modos de fazer", e estabelecer conexões entre a experiência vivida e necessidades de mudança paradigmática. Sendo também, um dispositivo de intervenção que visa o fortalecimento de práticas regidas por negociações, diálogos (GUEDES *et al.*, 2012).

É possível perceber que os três métodos de coleta de dados adotados neste estudo encontram-se em consonância com a proposta inicial de um desenho de estudo participativo e interventivo. Realizamos o esforço de nos colocar durante todo o desenvolvimento do estudo na posição de apoiadores de um processo crítico-reflexivo.

Esse investimento foi feito por acreditar que quanto mais ao lado dos participantes nos colocássemos, mais próximos estaríamos de uma compreensão sobre sua vivência. Quanto mais em relação estivéssemos maiores seriam as chances de obter uma comunicação verossímil dessa experiência.

Com isso, buscamos nos colocar nesse estudo como "interpretes" desses trabalhadores, não no sentido de traduzir o que dizem, mas de articular o diálogo, visto que nos colocamos como conhecedores das línguas (dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde) que se encontram em diálogo sobre uma experiência singular, porém coincidente (GADAMER, 1999).

> *"O trabalho do interprete não é simplesmente reproduzir o que realmente diz o interlocutor, ao qual ele interpreta, mas ele tem de fazer valer a opinião daquele assim como lhe parece necessário" (Ibid., p.460).*

Encerramos este capítulo com a ideia de que a escolha do método é apenas um caminho a ser seguido para chegar ao que se busca compreender, mas qualquer que seja este caminho, ele encontra-se "enraizado no modo como concebemos a realidade e as relações" (FURTADO, 2012, p.28).

3.2 O destaque na atenção básica: reflexões dos trabalhadores

O conceito de destaque parece apropriado na medida em que não amputa o objeto de suas condições de produção, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo do qual se destaca (GADAMER, 1999). Nesse sentido, não se trata de fazer um recorte no que buscamos aprofundar a compreensão, mas de dar voz aqueles que desejamos ouvir em separado, para posteriormente colocar em diálogo.

Esta dissertação pretende analisar as narrativas provenientes das entrevistas (T0 e T1) realizadas com operadores dos grupos de intervenção de GAM, desenvolvidos em unidades de atenção básica das cidades de Campinas e Amparo. Serão consideradas oito metanarrativas de trabalhadores de nível médio e superior participantes da pesquisa com o propósito identificar se a experiência de atuar como operador em grupos GAM-BR na atenção básica favorece o reconhecimento aos usuários enquanto cidadãos autônomos e de direito.

A escolha de trabalhar com esse segmento da atenção básica deu-se por entender que a mudança paradigmática resultante da Reforma Psiquiátrica brasileira vem solicitando cada vez mais a atuação desse nível de atenção nos cuidados à saúde mental de sua população adscrita. Mas, embora tenha ocorrido uma reconfiguração importante nas redes de cuidado, ainda existe uma necessidade iminente de tensionar a ótica da atenção adotada, que prioriza o tratamento medicamentoso, de caráter individual e desconectado do contexto social do sujeito.

Desta forma, precisamos avançar na proposição de formas desmedicalizantes de cuidado e desenvolver junto aos trabalhadores da atenção básica estratégia de reflexão sobre essas questões. Trazer para o rol de discussão os processos de autonomização e reconhecimento dos direitos dos usuários pode conduzir ao avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pois, à medida que princípios da reabilitação psicossocial se engendram na prática clínica, mais próximos estaremos da integralidade do cuidado.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na discussão sobre os resultados deste estudo é imprescindível retomar aspectos da experiência GAM, que justificaram o desenvolvimento de uma pesquisa em intervenção, de caráter participativo. Quando nos propomos a desenvolvê-la, tínhamos em mente que trabalhar com a GAM nos possibilitava trazer para o fórum de debate questões extremamente caras à atual PNSM.

Pensar a autonomia, os direitos e as potências dos usuários de psicotrópicos, que são acolhidos em nossos serviços de saúde, é trazer à tona uma clínica singular, fortalecida no encontro e no reconhecimento dos diferentes saberes e poderes que o permeiam. Uma clínica centrada no sujeito, que valoriza suas experiências e seus desejos, não apenas como informações complementares nos planos terapêuticos, mas como vértice norteador das práticas de cuidado.

A GAM tem, como princípios, evidenciar a importância da qualidade de vida e bem estar dos usuários; incentivar a retomada do poder contratual e auxiliar o reconhecimento da pluralidade de significações da medicação. Além disso, e, principalmente, legitimar o respeito pela pessoa, suas decisões e seus direitos, ampliando a abordagem ao sofrimento e potencializando sua autonomia (RRASMQ-ÉRASME, 2006; BARRIO e POIREL, 2007).

Considerando esses princípios norteadores, iniciamos a construção de um percurso reflexivo sobre os resultados deste estudo, procurando reconhecer, identificar e compreender as possíveis repercussões da experiência de ser operador de grupos de GAM-BR, no contexto da atenção básica. O material desta pesquisa foi analisado e organizado na forma de *metanarrativas*[13], a fim de evidenciar as impressões que emergiram no discurso ao longo do tempo (T0 e T1). A partir disso, realizamos um movimento de aproximação aos depoimentos, quando percebemos a necessidade de organizá-los em temas para facilitar a discussão.

[13] Para que fosse possível diferenciar os tempos T0 e T1, nas metanarrativas, elas foram identificadas nas cores *azul* e preta, respectivamente.

A necessidade de refletir sobre questões intrínsecas à PNSM, levou os pesquisadores ao exercício de instigar os participantes a discorrer sobre conceitos íntimos à Reforma Psiquiátrica brasileira. Precisávamos incitar a exposição do entendimento de cada um, para com isso, podermos verificar a ocorrência de interinfluência entre conceito e prática, teoria e ação. Assim, os primeiros temas aqui discutidos, são frutos desse movimento reflexivo, que analisa conceitos como a autonomia e o direito dos usuários. E neste aspecto, torna-se pertinente recordar que desde os primeiros passos em direção à reabilitação psicossocial, enfrentamos um inimigo oculto que nos acompanha até hoje quando abordamos tais temas. Estamos nos referindo a influência de nossa memória/história de exclusão em nossas crenças, expectativas e práticas cotidianas.

Para lidarmos com esse oponente imaterial precisamos reorientar nossas práticas no intuito de possibilitar abordagens menos prescritivas e mais criativas, e tornar mais claro para cada um de nós quais pressupostos influenciam na forma como vemos o outro, e como nos relacionamos com ele. Vamos, então, buscar perceber nas palavras o que se deixa transparecer da alma, tornando mais nítido aquilo que é invisível aos olhos, que estrutura nossas relações e as consolidam como terapêuticas inclusivas (ou não). Como diria Gadamer (2003), é preciso suspender nossas tradições e adotar um comportamento reflexivo sobre nossas opiniões prévias para, só assim, tomar consciência da influência delas em nossa compreensão.

O que acreditamos ou sabemos a respeito da capacidade e da potência desses sujeitos? Pensar autonomia é pensar liberdade? É poder? É ser? É ter? Afinal o que é autonomia? O que esperamos de alguém com autonomia? E nós, temos autonomia?

É assim que nossa conversa se desenrola, como um fio de linha que aos poucos sai do novelo e toma forma. Como algo que precisa ser construído, tecido, tramado, para que novos pontos se entrelacem. Esse movimento traz, para o corpo de nosso trabalho questões tão fundamentais quanto a autonomia. Falaremos aqui de liberdades e direitos, de histórias e sujeitos que (se) repensaram a partir do encontro com o outro. Pois, é “somente através dos outros que adquirimos um verdadeiro conhecimento de nós mesmos” (GADAMER, 2003, p.12)

4.1 Entre autonomias dirigidas e liberdades reguladas

Muito se tem discutido sobre autonomia, direito e liberdade das pessoas em sofrimento psíquico desde que abriram-se as portas dos manicômios. E, ao passo que iniciou-se esse movimento, também, corremos na direção de construir um aparato indenitário desse novo paradigma. Para assim, desenvolver uma política pública ancorada na ideia de reinserção social, na busca da afirmação e exercício de autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Etimologicamente, autonomia é entendida como o poder de autogerir-se, de dar a si a própria norma, regra, lei (*autós* - por si mesmo; e *nomos* - lei). Para Martins (2004, p.25), ela representa o poder de reflexão e de decisão sobre si. Trata-se de um "conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo".

No entendimento dos participantes do estudo, a questão da autonomia parece estar intimamente associada à liberdade, ao direito e à capacidade de escolha que cada um tem. É ter a possibilidade de gerenciar coisas da vida e cobrar seus direitos, com capacidade crítica e discernimento sobre o que é melhor para si. Também, tem a ver com o poder de negociação do usuário com os profissionais e serviços que o atendem, sendo capaz de construir barreiras às intervenções incompatíveis com seu modo de vida, cotidiano e bem estar.

Ao pensar autonomia, vem a ideia de liberdade, do exercício ativo de si, e da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações. Propõe a ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas, tendo como norte a perspectiva de "ser senhor de si" (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Seguindo essa lógica, é cabível dizer que uma pessoa autônoma seria alguém capaz de se auto-governar ou auto-gerir? Os depoimentos a seguir trazem à cena esse aspecto peculiar do entendimento sobre autonomia.

> *Autonomia é você conseguir gerenciar as suas coisas e ter capacidade de escolher de forma crítica e avaliar o que é melhor ou não pra você, e por isso, um usuário com autonomia é alguém que vai cobrar mais os direitos dele e conseguir fazer as coisas diferentes. Mas quantos pacientes passam pelo pronto socorro e você pergunta no outro dia no acolhimento "que medicação você tomou lá?" E a pessoa*

fala que não sabe, que não perguntou, ou falam pra você "ah eu tomei uma injeção", mas não sabe que medicação que é. Isto é muito louco e triste ao mesmo tempo. Por isso, nunca deveremos parar de estudar e aprender sempre, sempre, apenas assim, teremos o poder de questionar. [T04]

Autonomia está relacionada ao poder de decisão, não necessariamente ao ato de fazer, mas quando a pessoa consegue decidir sobre as questões de sua saúde e de seu projeto de vida. É ter possibilidade de escolha, é poder negociar com o médico, escolher inclusive o médico, e dizer que certas coisas que oferecemos não cabem em seu cotidiano. Embora na minha formação tenha sido muito abordado as questões da autonomia, na prática diária, no SUS você percebe que acabamos indo contra a autonomia do usuário, e acho que isso tem muito a ver com o fato da gente trabalhar com uma população empobrecida de recursos externos [T09].

Para mim, autonomia é a capacidade do sujeito de gerir a sua própria vida com independência e poder fazer as escolhas por livre e espontânea vontade. É ele poder marcar a consulta quando acha que precisa, ter livre acesso às informações, aos tratamentos que ele vai fazer, independente de quais sejam. Isso é autonomia, poder optar pelo médico, isso não tem tanto por ser PSF, mas deveria ter. Ainda penso como a possibilidade de fazer escolhas, você pode não concordar, mas a pessoa tem direito de escolher. Isso é autonomia. Eu poder oferecer para ela mais de uma alternativa, mostrar que a gente sabe um pouco mais do que a pessoa e poder dizer para ela: Tem isso também. Você já parou pra pensar nisso? Não é que só você dá as alternativas, ela já veio com A, B e C e mostramos o D, E o F, e a pessoa pensa, escolhe e diz o que acredita ser melhor. Pode ser que a alternativa que ela escolha não seja a que eu ache melhor, mas isso também não está em questão, autonomia é poder fazer a escolha dela, independente. Não sei se conseguimos fazer sempre tudo sozinho, não é só o paciente, a gente também, às vezes vai ter que contar com o apoio de alguém. Penso que ter essa possibilidade que pode ser junto com alguém, não sozinho, isolado, totalmente quietinho também é autonomia. Percebo que o GAM interferiu nesse meu conceito até mesmo por conta de fazer junto com outra pessoa, poder contar com a visão dela, e poder compartilhar isso. Ajuda a pensar de outra forma, não ficar presa às coisas que apreendemos e ser tão rígida em certas situações, nos deixa mais maleável até. Isso também contribui para nossa autonomia. Não tinha pensado em tudo isso. O GAM está abrindo a minha cabeça. [T17]

Autonomia é conseguir fazer sozinho. O usuário com autonomia é aquele que consegue dar conta das suas medicações, trabalhar, conseguir minimamente se articular com a vida assim, fazer as suas coisas sem ter a dependência de um serviço, que não precise de um outro pra viver o dia-a-dia e que consegue ter um cotidiano com qualidade de vida." Mas, também entendo que autonomia também surgiu ali, ao discutirmos se sentiam algumas coisas que não gostavam em relação a medicação. Esse tema foi inédito para os pacientes, que antes achavam que essa conversa só era possível com o médico. Eles traziam seus sentimentos e falavam: "o médico às vezes não tem esse tempo para gente falar o que a gente está falando aqui, então seria bacana a gente elaborar perguntas mais concretas para levar para o médico". Depois disso, conversamos com a médica que os atendia, ela nos disse que os participantes do grupo GAM estavam diferenciados e que teve um paciente que a medicação foi mudada depois disso. Ela contou que ele foi conversar com ela e admitiu que não falava porque tinha medo que ela tirasse a medicação dele, e dele ficar muito mal sem aquele remédio que tomava há muito tempo [T16]

Seria ingênuo acreditar que essa perspectiva de auto-gestão trata-se de um estado de ser absoluto e ilimitado. Também, não se trata de auto-suficiência, mas de um modo de autonomia produzida de forma coletiva, onde se trabalham as redes de dependência como forma de potencialização do cuidado com autonomia. Pois o sujeito é sempre corresponsável por sua própria constituição, e pela constituição do mundo que o cerca, além de ser por ele interferido, dependendo de um jogo de forças em correlação, sendo portanto, co-produtor de sua autonomia (CAMPOS e ONOCKO-CAMPOS, 2006)

Costa e Paulon (2012, p.579) colocam que pensar autonomia como a capacidade do indivíduo de se autodeterminar pode representar uma armadilha, pois essa concepção encontra-se muito próxima das amarras que, justamente, pretendemos nos libertar: os liames da "solidão individualista". Trata-se de "um exercício de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de viver compatíveis com os sonhos singulares e particularidades de cada um". De traçar formatos e projetos de vida, dentro dos próprios limites e no encontro com o outro, em um plano relacional produtor de subjetividade, em que o coletivo representa plano de existência fértil para a experimentação de outras maneiras de viver.

Corroborando, Passos *et al.* (2013) colocam que a autonomia não é contrária à dependência, ela se dá na relação, no coletivo, "sendo efeito de processos de co-constituição de sujeitos que agem sobre si mesmos e sobre o contexto" em busca de uma gestão compartilhada do cuidado. Compreende negociação constate entre saberes e visões de mundo, sendo que o objetivo "não se reduz à explicitação das diferenças e à criação de consensos", mas catalisar uma "experiência de direitos". Precisamos ter em mente que "é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se ex-põe" (BONDÍA, 2002, p.25).

Como podemos potencializar a cogestão do cuidado, se estamos imersos em uma sociedade que toma para si a competência de direcionar a forma de ser do indivíduo? Como superarmos essa tendência aniquiladora da diversidade em um território de saber, que desconsidera a experiência do outro?

Vivemos situações em que os encontros se estabelecem em um espaço alienado, onde a potência individual e subjetiva do ser é subjugada, tornando-se mecanismo de força e

coerção. Trata-se, aqui, de um território subjetivo em que a liberdade é consentida pela reprodução de hegemonias daqueles que procuram a detenção de poder (MARTINS e RIBEIRO, 2011).

> *Onde está a liberdade, vinculada à subjetividade que leva ao encontro com o outro? Essa liberdade consentida por outros é o que nos leva a pensar no espaço e numa territorialidade imposta, cuja ação se dá pelo outro, que determina seus agenciamentos. O motivo principal é ferramenta essencial que nos torna um ser político: o poder. Não é necessário ter poder apenas sobre si mesmo, há uma incessante busca de obter poder sobre os outros (Idem, p.21)*

Emerge, então, nos depoimentos, que os serviços e os profissionais de saúde, de certa forma, controlam a autonomia dos usuários e limitam a liberdade de ser, a parâmetros estabelecidos não no diálogo, mas na imposição de uma verdade constituída cultural e cientificamente. Para Almeida (1999), essa postura também se deve a tradição paternalista da assistência à saúde, a qual baseia-se no princípio de beneficência. Na prática, pensar na autonomia do usuário é o que mais gera conflitos com valores associados a esse princípio.

Com isso, surge novamente a ideia de autonomia como liberdade, ou como forma de combater essas amarras da memória que continuam tensionando os usuários a ocuparem o mesmo lugar na relação de poder que ocupavam no passado. Para Bastos et al. (2009), precisamos compreender que a autonomia reside na capacidade do exercício ativo de si, na livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e na capacidade para construir a própria trajetória de vida, de forma responsável e informada. Mas também, é fundamental para o exercício da cidadania e do direito de escolha.

Ao mesmo tempo, para esses trabalhadores a experiência de participar de um espaço de encontro e coprodução de saber, trouxe perspectiva de direito de escolha, em que há permissão para uma certa liberdade de decisão sobre si, mesmo que essa seja incongruente com o saber técnico-científico vigente. Nesse sentido, Foucault (2008, p.94) coloca que precisamos nos interrogar mais em busca de perceber a singularidade da experiência do outro, e do que ele sabe sobre si mesmo, e o que pode formular com relação a si próprio, e menos sobre os nossos saber a respeito daquilo que nos parece ignorância.

O que está em questão não é o que sabemos ou não sobre a experiência do outro, mesmo porque, por mais que tentemos apreender o que se passa na existência do outro, jamais poderemos compreendê-la em profundidade, pois ela é singular e única. Só é capaz de compreender a experiência aquele em que ela acontece. Pois, segundo Bondía (2002, p.27), "a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece", por isso, o saber da experiência é sempre particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Ele tem a ver a elaboração do sentido ou do sem-sentido dessa existência singular e de alguma maneira irrepetível.

No entanto, a ciência moderna tende "a converter a experiência em experimento", deixando de ser o caminho de um saber que forma e transforma a vida dos homens em sua singularidade. E, ao passo que isso acontece, torna-se o método de uma ciência que se coloca a serviço da apropriação e o domínio do mundo, ao constituir o conhecimento como uma acumulação progressiva de verdades, cada vez mais, objetivas e externas ao homem (Idem, p.28).

E nesse aspecto, na fala dos participantes há evidências de uma restrição à autonomia dos usuários, tanto por parte dos serviços como pelos profissionais de saúde. Confirmam que existe um movimento de controle e opressão sobre os usuários, e uma apropriação crescente de sua existência. Apontam esse acontecimento como resultado de uma formação profissional frágil, sobretudo no que diz respeito ao reconhecimento da autonomia, e a percepção e entendimento dos direitos das pessoas. Essa debilidade auxilia a consolidação de uma relação hierárquica entre profissionais e usuários, e um crescente empoderamento de alguns sobre a vida de outros. Uma autonomia relativa não somente à forma de tratamento, mas, também, à determinação do modo de vida e de conduta.

> *Autonomia é o sujeito ter a liberdade de decisão sobre si, de como ele quer viver e se quer ser atendido, ou não, pelo Centro de Saúde. É ter o direito de vir aqui ou qualquer outro serviço de saúde, referir sua queixa, questionar o atendimento e solicitar melhores explicações sobre o que lhe for prescrito. Na formação somos vistos como educadores em saúde, até tentamos conciliar isso com a autonomia do usuário, mas aí encontramos algumas barreiras, pois aprendemos que somos os donos daquele saber, e ai de quem questione. Além disso, na atenção primária, somos prescritores de medicamentos protocolados pelo Ministério da Saúde, e com isso, nos empoderamos e passamos a controlar mais uma parte da vida do usuário. Acho que o usuário de saúde do sistema único de saúde não tem autonomia. Ele se vê muito, como se o SUS lhe prestasse um favor mesmo. Ele não consegue ver o*

> *sistema único de saúde como um direito onde existem profissionais para prestar atendimento de qualidade, com respeito, não realizar julgamentos. Eu acho que isso é que dificulta muitas coisas na hora da gente trabalhar no serviço.* Infelizmente, essa é uma verdade muito presente, e muito por culpa dos trabalhadores de saúde. Tem muita barreira que nós trabalhadores de saúde impomos ao usuário. Acho que funciona assim, falamos 'ah, você tem autonomia', mas na verdade é 'você tem autonomia, até onde EU quero que você tenha': o trabalhador de saúde faz muito disso. O trabalhador de saúde se comporta assim não só com o usuário de saúde mental, mas com todos os usuários. A verdade é essa: nós nos empoderamos do que a profissão nos traz, para poder agir com um pouco de opressão. Um pouco não; com opressão sobre o usuário [T03]

> *Autonomia não é algo que vem assim de graça. É preciso conhecer para poder escolher, se você não conhece, não tem escolha. Um usuário com autonomia é uma pessoa que pode discutir em função do seu saber, junto do saber técnico, teórico, acadêmico, mas acho que a nossa cultura não permite isso, de poder escutar aquilo que a pessoa acha que é bom para ela. Pois o saber está colocado do ponto de vista acadêmico e quem sabe é o médico, trabalhador da saúde e o usuário está acostumado a obedecer, porque ele não sabe, quem sabe é o outro. Ele tem que obedecer, não tem independência, não se apodera desse conhecimento que ele tem, porque é a saúde dele, e quem conhece sobre o corpo e o que faz bem ou mal para ele, é ele mesmo. Então, autonomia significa ter essa possibilidade de saber sobre o que você é, ou não é capaz de escolher. Se não, você tem uma falsa escolha, uma falsa autonomia, você tem autonomia só daquilo que conhece. Autonomia está junto do conhecimento, não está separado. Mas ser autônomo é ter responsabilidade, e não é todo mundo que quer.* Ainda acho que autonomia é dar o saber, que aqui parece mais um saber técnico, teórico. Mas é um saber de autoconhecimento e também das possibilidades. Qual é o leque? O que eu posso? Posso falar que vou pensar e após um mês eu volto? E verei aquele cardápio que você tem para mim da saúde mental, avaliarei se realmente quero, ou não quero. Eu achava que autonomia era escolher o melhor, mas autonomia é uma escolha. Eu achava que a pessoa quando tivesse conhecimento iria escolher o melhor, do que eu pensava que era o melhor, que ela se negaria a tomar a medicação. E não, a pessoa faz a sua escolha, em função da sua história, de sua vida, mesmo que eu não ache que é o melhor. Fazer o que? É o que a pessoa quer, e isso não é fácil. O narcisismo. Não é fácil! [T05]

Sobre isso, é importante pensar que, as práticas da saúde tendem a imprimir um diagnóstico e, alinhar o sujeito a uma categoria nosológica, esquadrinhando e localizando-o no espaço entre a saúde e a doença. Assim, vai definindo e administrando o sujeito e suas características através do controle de sua autonomia, limitando a saúde e o corpo a um conjunto de regras, de estilos de vida, que impedem o sujeito de agir com autonomia (GUIMARÃES e MENEGHEL, 2003). E, à medida que avança na construção do esboço patológico, essa lógica de cuidado reduz, gradativamente, a potência de vida e de liberdade das pessoas sobre seus corpos e sua saúde.

É importante considerarmos que, historicamente, os serviços de saúde e as instituições formadoras de profissionais da saúde tem atuado na contramão de promover a autonomia do "doente", priorizando o conhecimento técnico em detrimento do saber da experiência. E nesse aspecto, o poder de decisão dos usuários fica prejudicada, à medida que seu parecer é considerado inferior ao saber do profissional de saúde, que detém o conhecimento científico, "verdadeiro". E reconhecendo-se como possuidor do saber, o trabalhador autoriza-se, em algumas circunstâncias, a agir de forma autoritária frente aos desejos dos usuários.

Estudos sobre a formação desses profissionais trazem à tona um modelo estruturado em disciplinas, que tem como base, abordagens de sintomas e doenças, desvalorizando a subjetividade das pessoas. Isso leva a uma prática clínica limitada a conhecimentos técnicos e lógicas racionais, excluindo a dimensão da experiência, o contexto e os valores dos sujeitos (OTANARI *et al.*, 2011). Corroborando, Montgomery (2006) diz que o pensamento médico tem reduzido a compreensão do sofrimento a indicadores lógicos racionais, ignorando a dimensão da vida e dos fatores que sustentam a saúde do sujeito, excluindo-o da interlocução de seu tratamento.

No campo da saúde mental, Otanari *et al.* (2011) chama nossa atenção para uma assistência que, ao longo do tempo encontrou-se marcada por repressão moral e exclusão social, havendo um predomínio de relações de dominação/subordinação entre profissional e paciente. Illich (1975) refere que, muitas vezes, a atenção especializada faz o exercício de reivindicar a submissão do paciente, alimentando sua dependência e compulsão por intervenções heterônomas. Isso leva a um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas, gerando dependência excessiva e alienação (TESSER, 2006a).

Tal racionalidade, autoriza os serviços e profissionais de saúde a agirem de forma prescritiva, direcionando, em alguns aspectos, a existência do outro. Estamos falando de uma **autonomia dirigida** e de uma **liberdade regulada**, em que existe uma captura do potencial criativo dos indivíduos e das coletividade, limitando a experiência de ser por critérios morais e hierárquicos de uma sociedade de controle.

Mas mudar este quadro de hierarquia do poder não é fácil, pois trata de algo secular que implica em desfazer e reaprender as relações (MARTINS *et al.*, 2009). Segundo Baptista (1999), essa forma autoritária dos profissionais se colocarem frente ao usuário localiza-se no saber, sendo que é legitimada ao empregar-se o recurso sutil do prestígio do conhecimento. O conhecimento aqui, refere-se a informação, ao fato de saber sobre algo, e armazenar dados a respeito de determinada ciência, neste caso, da patologia e do tratamento.

Quando questionamos aos participantes a respeito do saber dos usuários sobre os seus tratamentos, referem acreditar que uma parcela significativa destes apresenta-se alheio aos motivos e os efeitos de seus tratamentos. Esse desconhecimento parece, na fala dos trabalhadores, estar relacionada a um desinteresse do usuário no que diz respeito as intervenções em seu corpo e em sua saúde, o qual preocupasse apenas com a melhora dos sintomas.

> *"Acho que os pacientes não sabem sobre os medicamentos que tomam. Digo isso com convicção, pois pra eles não interessa a medicação o que interessa, na minha opinião, é o alivio do que estão sentindo. Então eles não questionam medicação nenhuma, acreditam que o remédio vai sanar o que eles estão sentindo e transferem pra medicação a cura. Isso dá em nós, profissionais de saúde um sentimento meio frustrante e com uma demanda enorme, o tempo pro médico ouvir o paciente é pouco, e por conta disso, acaba por escolher a medicação.* Neste trecho, queria falar que depois do GAM, mudei minha opinião por causa da fala de alguns pacientes no grupo. E eu descobri que não são todos que não queriam saber o que tomam, descobri que a maior parte deles quer saber sim! E tem interesse, mas ainda acho que a maior dificuldade é para aqueles que já desenvolveram a dependência mesmo e descobri isso ouvindo eles falarem. Os psicóticos tinham uma curiosidade com a medicação e às vezes até uma vontade de diminuir. Entretanto, os usuários de benzodiazepínicos transferem para medicação o tratamento, a cura e o alívio do sintoma, e embora a gente perceba que foi muito importante para eles, pois levaram curiosidades, queriam saber dos efeitos, a gente vê que eles não conseguem se ver livres da medicação. [T04]

> *"Sinto que a maioria dos pacientes não entende para que usam os medicamentos, simplesmente aceitam o que o médico prescreveu. E penso que um paciente pode contribuir para o sucesso de seu tratamento entendendo se precisa ou não do tratamento e para quê, isso faz toda a diferença. Ele precisa confiar em quem o acompanha e o contexto tem muito a ver, as nossas orientações precisam fazer sentido para que a pessoa as siga. Outro ponto é se uma pessoa reclama que não está bem e acha que é o remédio, se me assusto com isso e não penso no contexto e não digo que acho que pode ser outra coisa. Justamente por causa disso penso que é importante sabermos um pouco mais sobre as medicações.* Acho que é muito importante a nossa fala pro paciente. Se eu me assusto com qualquer coisa, que não entendo o funcionamento, eles também ficam assustados. À vezes eu falo pro paciente, vou dar uma pesquisada e te digo depois, não fico tentando inventar. Aí vou procurar na internet, mas não muito mais que isso [T09]

> *“Os usuários conhecem muito pouco, muito pouco mesmo sobre os medicamentos. Na atenção básica, onde você tem o contato mais próximo do usuário, vejo que pelo menos eles pesquisam mais. Não tem aquele conhecimento tão aprofundado da medicação, mas já tiveram curiosidade de olhar na internet. Tanto que eles trazem algumas demandas como: e essa medicação, o que seria? Já cheguei a pegar o DEF e ler junto com o usuário”.* No GAM, uma usuária falou do conhecimento que ela tem para aumentar ou diminuir a dose. A usuária falou para a gente que ela tirou um pouco da dose da medicação, mas não contou para o médico, por que ela tinha medo dele brigar com ela [T03]
>
> *“Em relação ao que os usuários sabem sobre sua própria medicação, acho que muito pouco, quase nada. Eles sabem alguma coisa porque o vizinho falou, ou o farmacêutico. Eu acho que eles pouco sabem, é pouco discutido e aí acaba que eles ficam com algumas informações bem soltas bem frouxas. Pouquíssimos médicos explicaram detalhes da medicação”[T10]*
>
> *Sobre o conhecimento dos usuários sobre os medicamentos, eu acho que uns sabem bem do que usam. Às vezes, eles chegam e falam “eu tomo tal medicação, por conta disso, disso e disso”. Eles falam dos sintomas e falam como eles ficam sem medicação. Já aconteceu de fazermos uma visita domiciliar e perguntarmos: ‘qual é a medicação da senhora?’. Aí, ela abriu uma gaveta e tinha muitos remédios que ela tomava errado. Então, são esses pacientes que a gente tem muita dificuldade deles aderirem à algum tratamento [T16]*
>
> *Noto que uma boa parcela dos pacientes que atendo não sabe muito bem qual que é o nome exato do remédio, dizem: - É aquele comprimidinho de cor tal, pequenininho, grande. Não sabem para que usam a medicação e todo mundo acha que tem depressão.* Infelizmente, alguns pacientes continuam sem saber o nome dos seus remédios, mas outros aprenderam. Hoje eles têm muito mais possibilidade de conversar e condição de perceber o que acontece com o uso dos remédios e por que motivo estão usando. Acredito que dão conta de conversar melhor com o médico, conseguem dizer, não só da boca seca, mas de outras situações, como memória, coordenação, sono. Coisas que eles não associavam ao uso da medicação e agora eles conseguem perceber e perguntar se tem a ver ou não. Mas o mais importante não foi saber o nome da medicação, vai para além disso. É deles poderem observar recursos que tinham e não percebiam que tinham, ou que eles não tinham e achavam que tinham na sua rede de apoio. Puderam perceber o que eles têm que é próximo, fizeram uma lista que nem cabia no papel, de para quem ligar, ou que serviço estaria mais perto deles, quando o centro de saúde não está aberto. Isso foi o mais legal [T17]

Os participantes colocam ainda que, apesar do conhecimento dos usuários ser fundamental ao sucesso do tratamento, eles apresentam dificuldade em implicar-se, tendendo a deixar exclusivamente nas mãos dos profissionais, as escolhas clínicas a serem feitas. Evidenciam a existência de uma supervalorização da palavra e do conhecimento do profissional de saúde. De acordo com Lefevre e Lefevre (2009, p.37), isso pode ser em decorrência do entendimento de que é a fala do profissional de saúde que tem valor social e

autoridade. Trata-se de “uma fala poderosa”, por que vem de um lugar de poder que é a ciência e a tecnologia.

Alguns autores vem debatendo sobre esse fenômeno de desapropriação de si, e frequentemente têm relacionado esse baixo *empowerment* dos usuários ao não acesso a informação, tanto sobre a terapêutica sugerida, como, e, principalmente, sobre seus direitos, pois esse tema não faz parte das discussões cotidianas (MARTINS, 2004; BARRIO *et al.*, 2008; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). Isso faz com que o paciente, em muitos momentos, sinta-se sem poder para decidir sobre si, e parta na busca de intervenções heterônomas que, cada vez mais, reforçam esse sentimento. Essa expansão na busca da ação especializada leva a um desequilíbrio, ou seja, uma perda da sinergia produtiva, gerando uma ilusão da necessidade de mais ação heterônoma ao invés de promover a autonomia do doente (TESSER, 2006a).

E neste aspecto, Martins *et al.* (2009) propõe como forma de resistência a essa crescente apropriação da saúde o desenvolvimento de estratégias de empoderamento/libertação. Aponta como possibilidades a educação para a cidadania, a socialização de informações e o envolvimento dos usuários na tomada de decisões.

Considerando isso, podemos entender que instrumentalizar os usuários com informações sobre seus tratamentos e seus direitos contribuiria para o exercício pleno da autonomia, e para imposição de barreiras as condutas normativas dos profissionais de saúde. E neste aspecto, a experiência da cogestão da medicação em saúde mental pode ser propiciadora do aumento nos graus de autonomia, maior empoderamento e exercício de protagonismo e cidadania, com a consequente emergência de sujeitos de direitos (PASSOS *et al.*, 2013).

Tal percepção também emerge nos relatos dos trabalhadores, ao estabelecerem uma relação entre autonomia, a vontade de saber e o conhecimento. A busca por informações aparece como meio de aumentar o poder de negociação dos usuários e de legitimar ou não a posição deles em relação ao seu tratamento. Assim, “o saber pode ser posto a serviço do aperfeiçoamento do homem, e as pessoas que ousarem saber poderão sacudir todas as tutelas" (ROUANET, 1998, p.227).

> Uma usuária de benzodiazepínico, depois do GAM, está tentando diminuir a dosagem, está tentando uma alternativa ao medicamento, porque ela tomou um susto no grupo ao descobrir que o Clonazepam e o Rivotril eram o mesmo medicamento, que as pessoas estavam tomando muito e a mídia fala muito mal. Teve também o caso de outro usuário que para mim foi um ícone, ele tinha um prontuário perdido em um Hospital de Campinas. Ele foi lá buscar e pediu para a gente fazer a guarda dele! Achei isso fantástico. Ele achou que o hospital não era o melhor lugar para ter suas informações arquivadas. Ele fez isso, depois que discutimos no GAM sobre autonomia e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde [T03]

> *Os meus pacientes sabem sobre seus medicamentos, por que eu falo, com todos eles, da medicação e eles têm também o saber popular. A única coisa que digo que eu não sei, e que teria que tentar discutir com o médico, e acredito que eles também não discutem, é sobre as interações medicamentosas.* Após o GAM, próprios usuários falaram que mudou à capacidade de gestão dos medicamentos. Um deles, conseguiu as bulas, em outro lugar e discutiu no grupo. Ficou motivado, se questionou e se preocupou com coisas para as quais não tinha respostas. Contou que estava preparadinho, com a bulinha, para perguntar ao médico especialista, que estava tratando de outro problema dele. Por que aquela medicação e porquê aquela dosagem? Ele sentiu que todos estavam preocupados se ele estava tomando sua latinha de cerveja, então ele tomou coragem, foi lá e disse: - Eu não quero parar de beber minha latinha de cerveja. Como faço? Vou negociar. Fez o que nunca tinha feito antes, pois percebeu que podia negociar [T05]

> Uma das coisas que marcou muito pra mim foi quando a gente discutiu sobre a medicação e conseguiu explicar que a mesma medicação serve pra diversas coisas e um paciente disse assim: então eu não tenho depressão? eu tenho dor crônica e tomo remédio pra dor. Aí ele falou: 'tirei um piano das minhas costas'. Ele conseguiu entender pra que ele tomava o remédio e fez toda a diferença na vida dele, acho que foi muito bom. Ter essa devolutiva dele foi bom, acho que nessas coisas que a gente vê que valeu a pena mesmo. O grupo valeu a pena ali, eu falei, nossa que bom que a gente fez o grupo [T09]

Acredita-se que com o acesso de ambos os agentes dessa relação às informações técnicas, científicas e legais de forma contextualizada é um elemento básico para melhorar a comunicação entre eles e potencializar a relação. Com isso, o indivíduo empoderado torna-se um gerenciador e conhecedor vivencial de seu corpo e mente, capazes de acionar diferentes formas de conhecimento que sirvam para si. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2009, p.69).

No entanto, a fala a seguir evidencia que em alguns momentos, não basta apenas ter o acesso a informação para que o exercício da autonomia seja garantido. Existem outros componentes que interferem na relação entre pacientes e profissionais de saúde, tornando cada vez mais emudecida a voz dessas pessoas. Pois, de acordo com Foucault (2008, p.185), os ditos alienados tendem a ser percebidos como alguém que não sabe de si e nada tem a

dizer, calando sua voz e seu saber. E, com isso, evitando a “liberdade sempre arriscada do diálogo e sustentando a tranquila certeza de que é preciso reduzir a loucura ao silêncio”.

> Teve uma paciente, que participou do grupo inteirinho, uma senhora de 76 anos queixosa, que tem na doença um modo de vida, de ser olhada através da doença. Ela veio no grupo e contou que foi num psiquiatra particular, e ele deu o medicamento Sertralina® e depois disso ficou com dor de cabeça. Mas ela sabia qual o efeito colateral que dava nela, mesmo sabendo disso, não falou para o médico particular, não foi capaz de dizer que não podia tomar, nem perguntou se poderia trocar por outra medicação. Puxa! Passou pelo grupo inteirinho, não faltou nunca, questionou, participou, levou ideias, e na hora “H”, da consulta mesmo, ela termina aceitando porque o médico prescreveu. Fiquei frustrada, as mudanças não são assim, aprendi, mudei. Mas esperava que ela questionasse. Por exemplo, aqui comigo ela fez isso, mas lá não. Acho que tem o fato de ser um profissional não médico, ou porque ela estava pagando uma consulta, não sei. Tem outros componentes sociais aí, mas eu me senti meio decepcionada sim. Aí você vê como é difícil da pessoa se empoderar, ter autonomia, essa capacidade de discussão. Não é por saber que vou te falar, entre o saber e modificar uma conduta, ainda tem muita água pra rolar [T05]

Transparece no depoimento acima que, apesar da apropriação do saber por parte da usuária ter tido resultados significativos quando ela se coloca de forma mais crítica frente a trabalhadora que conduziu os grupos GAM, ela não teve o mesmo sucesso frente a outros profissionais.

Estaria ligado ao fato de ser um profissional médico como a fala sugere? Ou seria um aspecto fundamental da formação dos profissionais de saúde, incluindo aí os profissionais médicos? Podemos pensar que essa usuária não se autorizou a expressar sua experiência com a medicação, pois seu poder de fala limitado, colocando-a em uma escuta passiva do parecer profissional.

Considerando isso, é importante nos questionarmos sobre o que antecede no encontro entre usuários e profissionais de saúde, que influenciam no entendimento do cuidado como intervenção externa às questões do sujeito. O que conduziu a construção de uma lógica clínica centrada não mais no encontro, mas no levantamento de sinais e sintomas de adoecimento. Porque somos movidos a construir um plano de intervenção para “cuidar” do outro, ao invés de auxiliá-lo para que o faça?

Podemos pensar que trata-se de uma supervalorização das condutas clínicas, fundamentadas por uma racionalidade médico-científica que legitima o profissional de saúde como portador do saber sobre os corpos e as mentes humanas. E nessa conjuntura, em que forças de controle e dominação perpassam nossa existência, podemos facilmente passar de detentores do saber, para reguladores do ser.

Rosa e Winograd (2011, p.42), nos chamam a atenção ao dizer que os saberes e as práticas no campo da saúde mental têm sido um dispositivo essencial para o controle de aspectos cada vez mais elementares da vida, como, por exemplo, o "mal-estar subjetivo". E no exercício de buscar o melhoramento das performances individuais, o cuidado de si adquire um formato de regulação do sofrimento. Normas têm sido estabelecidas e, aos que não se enquadram, "a medicação é o remédio". Assim, os psicofármacos passam a assumir rapidamente o papel de sanar a dor mental.

Isso fica evidenciado, também, nas narrativas dos participantes, os quais apontam a existência de uma fé na soberania da medicação sobre todos os males, que muitas vezes assume o sinônimo de "cura" na vida das pessoas. Essa concepção simbólica tem levado a solicitações, ainda mais frequentes, pelo olhar da ciência sobre a saúde e os corpos humanos. Isso culmina em gerar um problema, ainda maior, representado pela ampliação da ação dos serviços e trabalhadores da saúde no cotidiano da vida das pessoas. E, em uma tentativa de sanar o sofrimento do outro, o medicamento surge como a resposta mais rápida, resolutiva e lógica de sucumbir aos males da alma.

A grande questão não está, propriamente, no uso da medicação, mas sim na escolha dessa como primeira resposta no tratamento de quadros clínicos, que se encontram na chamada "zona cinzenta". Situações de sofrimento, classificadas pela biomedicina como "quadros mórbidos mal definidos", "somatizações" e "sintomas de origem psicológica" são forçadas a enquadrar-se nos moldes da doença, para assim serem tratadas, frequentemente com a prescrição de tranquilizantes (CAMARGO JR., 2007, p.72).

Estudos anteriores revelam que o tratamento medicamentoso é pouco debatido entre os usuários e a equipe de saúde, e que os profissionais não médicos pouco se apropriam de conhecimentos a respeito desse tema. Apontam ainda que, ao deter esse saber, os

trabalhadores podem incentivar os usuários a dialogar e a negociar com os seus prescritores, a fim de incluir o saber experiencial no projeto terapêutico. E nesta direção, atuar para que o usuário tenha no serviço um espaço potencializador de vida e cidadania, e não um lugar de dependência (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Essa percepção, também, se fez presente na fala dos participantes, que teceram considerações a respeito de seu próprio desconhecimento sobre psicofarmacologia. Relembram que esse tema não era abordado em suas formações, e que por vezes, deixavam essa questão exclusivamente a critério médico. Enfatizaram, ainda, a importância desse conhecimento tanto para auxiliar o usuário, fortalecendo-o nas negociações com o médico, como para considerar a interferência da medicação em sua clínica e na existência do usuário.

De acordo com Barrio (2008), o que está em questão nas discussões sobre a medicação é a possibilidade de negociação do diálogo entre quem prescreve e quem usa a medicação. E neste ponto, os outros profissionais que auxiliam essas pessoas devem se implicar na relação, em uma responsabilidade partilhada, em busca de construir espaços de expressão e elaboração da experiência pelo sujeito, e de ampliação sua capacidade de agir.

> *Sobre medicamentos psiquiátricos, foi uma formação breve. Quando se ensinou sobre saúde mental, aprendemos a abordar, a estabelecer um diálogo com os usuários, mas sobre a questão medicamentosa, não. Quando tenho dúvida, hoje, quanto aos psicotrópicos, me reporto aos meus colegas médicos. Por exemplo, quando chega um paciente para renovação de receita, discutimos com o médico. Muitas vezes, ele não vê o paciente, mas lê o prontuário e prescreve. Quando tenho que tomar alguma conduta sobre psicotrópico, eu, geralmente, delego para os médicos, me abstenho. Às vezes, leio o DEF também porque traz um pouco das indicações dos medicamentos, sua posologia e farmacologia. Já com as medicações de pacientes hipertensos e diabéticos, conseguimos discutir melhor, porque minha formação me permite uma discussão melhor, a gente consegue sentar e pensar juntos algumas coisas.* É minha formação de o conhecimento sobre medicamentos é irrisório, foi muito restrita ao cuidado com as administrações. O GAM foi um momento para eu conhecer melhor algumas coisas sobre os psicotrópicos, diferenciar uma classe de medicamento da outra. Vou te ser sincero, nem conhecia. Eu tive que estudar um pouco, por que chegou uma parte que a gente tinha que falar de bula, a gente tinha que falar dos fármacos. Durante o período que a gente estava lá, a gente foi muito exigido de algumas coisas, por que o paciente chega ele quer saber da medicação, a verdade é essa. E por isso tive que estudar os psicotrópicos, tive que me virar para aprender as coisas. Resultado: na minha equipe, eu virei referência de saúde mental [T03]

> *Pensando no que aprendi sobre remédios, o que eu sei hoje de nome de remédio, de possíveis efeitos que eles possam ter é de ir atrás e perguntar pros médicos do próprio centro de saúde. Foi no dia a dia, com a equipe, chegamos a ter dois*

> *psiquiatras e eles participavam da reunião de equipe de saúde mental e com eles a gente perguntava dos remédios, mas a gente conversa com o generalista, com o clínico, com os médicos que estão lá, eles dão um auxílio. Perguntamos a eles, se é isso mesmo, se aquilo que a pessoa disse estar sentindo pode ser por causa do remédio ou não, isso fazemos. Na faculdade não tinha nada de medicação, nenhuma disciplina.* Os meus conhecimentos sobre os medicamentos percebo também melhoraram após o GAM. É legal poder conhecer melhor e conseguir dar informação para os pacientes, me sentir mais tranquila para falar, mas volta e meia recorro ao livrinho [T17]

> *A questão da medicação foi pouco abordada na minha formação. Eu busquei por conta própria, mais na prática de saber o que o paciente toma, passei a entender pra que ele usa aquilo e pra que serve tal medicação. Sobre a pessoa não querer seguir o tratamento que foi prescrito, aprendi mais nos estágios; na teoria onde eu estudo psicanalise, tem um espaço de discussão de caso e ai entra casos que tenha medicação tudo, mas nos outros espaços isso não é falado.* Percebo diferença no meu conhecimento sobre medicamentos. Se o paciente falava que estava sem fome, eu me questionava "será que essa medicação tira a fome?" Acho que deu pra conhecer melhor com o guia. Eu levei um livrinho do GAM ao outro centro de saúde que trabalho, e a generalista deste outro centro passou a usar, então eu deixei num lugar que qualquer médico pudesse usar como guia [T16]

Nas falas anteriores torna-se evidente a importância da construção de um conhecimento sobre psicotrópicos de forma compartilhada e baseada na experiência dos sujeitos que fazem uso. Pois a indicação e o efeito terapêutico da medicação não se restringe, nem se justifica, apenas pelas orientações técnico científicas existentes nos manuais de psicofarmacologia e nas bulas das medicações. Existe um aspecto simbólico no uso de medicamento, uma questão singular e subjetiva, do qual somente quem vive a experiência é capaz de produzir conhecimento.

Esse saber da experiência tem algumas características essenciais que o opõem, ponto por ponto, ao que entendemos como conhecimento, pois não se trata da verdade do que são as coisas, mas do "sentido ou do sem-sentido do que nos acontece". São a experiência e o saber que dela deriva que nos permitem apropriar-nos de nossa própria vida (BONDÍA, 2002, p.27).

> Sobre os meus conhecimentos sobre medicamentos, percebi que é bem diferente quando você lê de quando você ouve o paciente falar daquilo que ele sente. Ouvir a experiência do outro sobre o estomago que dói, de se sentir impregnado, é muito diferente. Isso tudo me deu mais informações. Ouvir o paciente falando parece que marca mais, você lembra mais: aí quando vamos atender outro paciente, você se lembra do que o anterior falou. Por exemplo, no GAM, acabamos por discutir até outras medicações. Quando usamos Warfarina®, não pode usar folhas verdes. Eu não tinha essa informação, e isso veio, de repente, da boca da usuária. Sobre o fato de o Clonazepam® dar dor no estômago: o paciente falava da dor no estômago e a

gente nem acredita muito, e não liga se usa junto com o anticoncepcional. Eu acho que a gente sabe, mas vai deixando, a gente não pergunta para o paciente. Hoje, estou mais atenta se o paciente vem fazer teste de gravidez, se ela pode realmente estar grávida, por que usa duas medicações? [T04]

Sobre medicamentos psiquiátricos não aprendi nada, quando fui trabalhar no CAPS uma pessoa muito querida disse que eu precisaria saber sobre os medicamentos, respondi que não, que medicamento não era problema meu, que era problema do psiquiatra. Ela respondeu que eu teria que aprender sobre os medicamentos pra ajudar o usuário. Porque se o usuário não tem esse poder para discutir com o psiquiatra, e eu teria que conquistar para ele. Além disso, eu não queria ler, até que comprei o Kaplan. Comecei a estudar sobre medicações, sobre efeitos, efeitos colaterais, comecei a conhecer aquilo que o usuário tinha, saber quando era dele e quando era da medicação. Estudei sobre medicação e hoje discuto sobre medicação psiquiátrica com qualquer um." E neste sentido, saber da medicação do usuário, é entender o relacionamento dele com a medicação e com o mundo, que ele não será o mesmo dependendo da medicação que estiver tomando. Um usuário sem medicação é totalmente diferente medicado. Recentemente, se vê quantas pessoas sem medicação? Cerca de um a seis meses depois do diagnóstico, às vezes este muda, em consequência do uso do medicamento. Isso é até doloroso de se ver. Hoje trabalho em uma unidade da saúde da família, você vê essa diferença. Dentro do CAPS, perece muito comum, todo mundo está medicado. Mas aqui fora não, aqui fora o raro é você ter um muito medicado ou com modificação no comportamento em função da medicação. Teve uma paciente que atendi aqui um tempo e ela entrou em crise de mania, acabou sendo internada e passou para outros serviços, quando ela voltou, chegou com o diagnóstico de F70. Eu a conhecia havia um ano, ela não era F70, a medicação estava contribuindo muito para ela ficar mais lenta, e para quem não conheceu a sua história, agora vai ser F70 mesmo, é mais ou menos assim. Com o grupo GAM, acho que não aprendi mais sobre os medicamentos psiquiátricos, esses eu já conhecia, mas sobre os não psiquiátricos sim. Qual a duração do medicamento, o motivo de determinado horário, foi super bacana. Se viu também que dependendo da dosagem, o mesmo medicamento era usado para outros problemas, aí as pessoas tentaram descobrir para que condição usavam [T05]

"Na especialização tive aula de psicofarmacologia, conseguia entender um pouco mais das medicações psicotrópicas. Mas acho que não entendo muito desses medicamentos, tenho muita preocupação, especialmente porque as pessoas não parecem entender porque estão tomando o medicamento, simplesmente aceitam o que o médico prescreveu. Também acho que as pessoas põem muita esperança no medicamento e deixam de lado o cotidiano, por outro lado, se não tiver a medicação é como se ela não estivesse doente, não precisasse de tratamento e fosse algo só da cabeça, como se não fosse nada. Muitos que saem da consulta médica sem o remédio reclamam que o médico é ruim." Embora como eu disse antes o tema da medicação era um assunto comum nas conversas, na especialização pois tínhamos aulas junto com os médicos e participávamos da supervisão médica também, foi bom relembrar. No grupo GAM foi legal ter lido as bulas também, ter pensado junto com eles, a residente ajudou a explicar alguns nomes da bula, foi interessante, acho que foi bacana O GAM fez pensar que a gente precisa falar mais disso com os usuários, acho que a gente até tenta, em alguns grupos tinha um pouco disso já da minha pratica, mas eu acho que é muito pouco ainda. Talvez levar esse assunto no conselho local de saúde poder ampliar mesmo pra poder falar das medicações. Na minha prática diária, me senti mais empoderada dessa coisa de,

> olha você pode falar com seu médico sim é seu direito, acho que me deixou mais segura dessa intervenção que eu já fazia. O GAM ajudou a reforçar esse meu posicionamento, especialmente frente ao usuário, deu mais segurança e me deixou mais atenta [T09]

Neste caminho, coloca-se em xeque os regimes de verdade instituídas, abrindo-se para novas possibilidades, em que as relações tornem-se mais democráticas. Podemos notar, com isso, que há um desvio no olhar e na escuta dos participantes do estudo, no qual o foco da atenção deixa de ser a psicopatologia, e abre-se passagem para o encontro, como estratégia de se transpor as barreiras disciplinares, que tende a transformar o sofrimento em adoecimento.

Mas para chegar a isso, se faz necessário a criação de espaços abertos à prática do empoderamento dos cidadãos, tendo como consequência a participação crítica do sujeito, permitindo o pleno exercício da cidadania (LEFEVRE e LEFEVRE, 2009). E a medida que as práticas de cuidado na saúde vão se democratizando, avançamos em direção à produção de "coeficientes crescentes de autonomia", deslocando do olhar e da escuta dos profissionais de saúde, da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida (CAMPOS *et al.*, 2004, p.747)

Considerando isso, regatamos das narrativas o efeito transformador da experiência GAM, tanto na forma como os trabalhadores percebem os usuários como na maneira como se relacionam com eles. Surge, no acontecimento, usuários mais autônomos no que diz respeito a sua capacidade de negociação e articulação tanto do cuidado como de questões do cotidiano.

> Percebi muita mudança nos usuário que participaram do grupo GAM. Um usuário disse que depois que começou a participar do grupo sentiu que de fato o centro de saúde era um local que ele podia usar, antes sentia-se um estranho no espaço e agora tem mais autonomia dentro do serviço, cumprimenta as pessoas pelo nome e também é reconhecido. Penso que o GAM possibilitou isso por estar em grupo. Tinha outro usuário que ficava muito na defensiva em relação ao médico, tipo: se ele disse que não, então eu também não'; 'o médico não quis, então eu também não vou'. A partir do grupo esse usuário foi entendendo que ele pode negociar que não é o médico falou tá falado, ou então vou fazer birra e não vou fazer do jeito que ele falou. Acho que o grupo permitiu ele refletir sobre esse jeito dele. Também, vejo que após o GAM se possibilitou maior circulação deles na comunidade, tinham algumas atividades do guia que fazia eles pensarem no território e sair procurando. Eles se colocaram não só como pessoas que estavam em tratamento, mas que circulam em outros espaços. Um deles chegou a falar 'aqui eu sou paciente, mas lá na igreja eu sou o cara que lê a bíblia', que foi muito interessante ele poder contar isso pra gente. Teve outro que contou que na igreja:'tô participando de um grupo

> que tá me ajudando a pensar mais o porquê eu tomo a medicação'. Ele se empoderou mesmo disso, a ponto de contar que ele tava participando de um grupo, fez muito sentido pra ele o GAM. [T09]
>
> Um ponto que me marcou foi ver como é sofrido para um paciente de benzodiazepínico essa questão da dependência da medicação. Ele chega aqui para renovar a medicação e você tenta impor uma barreira. Eu percebo que o paciente acaba fazendo quase tudo para conseguir a medicação. Essa medicação veio para "podar o sofrimento de alguém" e causa esse tipo de dependência. Eu achei isso muito louco, mas também o fato que a partir do GAM pude "descobrir" que eles tem poder em ficar mexendo nas medicações, eles mexem e não contam para o médico que está acompanhando, mesmo no caso de antipsicóticos [T03]
>
> *Estou animada para participar do GAM, pois acredito muito no aprendizado das pessoas e acho que fará diferença na minha vida e na das pessoas.* Naquele momento eu não tinha ideia que esse grupo fosse me marcar tanto. É engraçado por que fez muita diferença na minha vida. Eu acabei tendo no grupo, um ganho com os pacientes, na coisa da fala, de com quem você pode contar. Eu entendi muito eles e foi muito engraçado por que me deu uma resposta que eu estava buscando fazia muito tempo. Eu percebi que esse era um espaço de escuta, de afetividade para mim enquanto trabalhadora também. E se eu continuar falando vou chorar! Enfim, Eu também me empoderei. Hoje, sei melhor quem eu sou, os meus limites. O GGAM contribui, pois é um espaço de autoconhecimento, além disso, você é humana e não tem jeito, dependendo do momento, você não está lá enquanto profissional, mas você é uma pessoa. [T04]

Ao mesmo tempo em que, os participantes deste estudo se empenhavam na proposta de observar o poder interventivo do dispositivo GAM nos usuários e no serviços perceberam-se também afetados por essa experiência de *saber com*[14]. Pois, a imagem do que ocorrera com seu objeto de compreensão, viram-se tornar, também, sujeitos da mesma intervenção que o outro. É sabendo com, e não sobre, a experiência do outro, que a investigação é cuidado ou cultivo de um território existencial (ALVAREZ e PASSOS, 2009), no qual o observador e o objeto se encontram e , assim, "sob a base das experiências coemergem sujeito e mundo, observador e observado" (PASSOS e EIRADO, 2009, p.124).

Percebemos que após a intervenção GAM, houve uma mudança no discurso dos trabalhadores, no sentido de rever generalizações como: "os pacientes não entendem"; "os pacientes não sabem"; "para eles não interessa". Passam a reconhecer as barreiras impostas

[14] O conceito de *saber com* desenvolvido por Alvarez e Passos (2009) em oposição a ideia de *saber sobre*. Segundo eles quando nos propomos a *saber sobre* a experiência encontra-se preso ao modelo de compreensão mais explicativo que intenciona determinar a regularidade do fenômeno e a fidedignidade do testemunho sob uma verdade científica. Já o *saber com* representa uma abertura a singularidade do acontecimento, onde ao invés de controlar os acontecimentos nos agenciamos à eles, atentos as diferenças e entrando em contato com a experiência a experiência do outro considerando seu protagonismos.

pelos profissionais de saúde ao exercício de liberdade, direitos e autonomia do outro e, com isso, ocorre aqui um movimento em direção ao um olhar mais singular e uma abertura ao diálogo.

Cabe pensar, então, na autonomia como uma possibilidade de estabelecer uma relação com o outro, de maneira que, as relações de poder permitam a emergência do sujeito da experiência em sua singularidade. Para isso, precisamos nos abrir para o encontro, nos tornar mais flexíveis, reconhecer o saber no outro, nos colocando em experiência e deixando que ela opere em nós. Talvez assim, possamos estar mais próximos do outro e de nos tornarmos “sujeitos da experiência”.

Nesta linha, a definição de Espinosa (1992) sobre autonomia tem muito a contribuir com o objeto desse estudo, visto que a considera uma afecção potencializadora, que nos impede de submergimos a uma forma passiva e patológica que nos conduz ao adoecimento. Na presença de autonomia, ampliamos nossa potência de vida e de criação de si. Autonomia é uma força de vitalização, uma potência de auto-criação, de autopoiesis. Assim, é preciso que reencontremos nossa forma ativa de ser para termos nossa capacidade normativa recuperada.

Autonomia se refere, então, a capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre seu contexto, articulando, para isso, a sua rede de dependência (CAMPOS e ONOCKO-CAMPOS, 2006). Dessa forma, a autonomia se encontra sempre em relação à heteronomia, em diferentes graus ou coeficientes (FIGUEIREDO e FURLAN, 2008)

4.2 Entre pessoas e pílulas: sobre o direito de saber e o poder de agir.

No Brasil, há décadas criam-se e recriam-se inúmeras leis e portarias destinadas a instituir direitos na saúde, imaginando-se, com isso, possibilitar a garantia do exercício de cidadania e, do reconhecimento do poder de agir dos usuários. O Ministério da Saúde desenvolveu e publicou vários materiais explicativos, em busca de instrumentalizar a população, a exemplo disso, temos a "Carta dos direitos dos usuários da saúde", que aborda, de forma clara e objetiva, os seis princípios básicos de cidadania referendados na Constituição Federal, na lei 8080/90 e 8.142/90 (SAÚDE, 2007). E mais específico na Saúde Mental, a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial e reconhecendo-os como pessoas de direito (BRASIL, 2004).

Contudo, esse tema, apesar de fundamental ao avanço da reforma psiquiátrica, não tem ocupado significativamente espaços de discussão no campo das práticas e da produção científica nacional. A perspectiva do direito, enquanto corpo constitutivo de leis e práticas que procuram ofertar cuidados baseados numa lógica singularizada e produtora de vida, não tem feito parte do conhecimento dos usuários e dos trabalhadores de saúde. Há de se reconhecer que a desinformação, ou a não efetividade destes direitos na clínica e na sociedade, constituem, por si só, analisadores que apontam à necessidade (ainda latende) de construir uma nova imagem social da loucura, na qual o exercício efetivo dos direitos dos usuários se faça presente (EMERICH, 2012).

Podemos dizer que esse desafio não se estabelece apenas aos usuários da saúde mental, mas estende-se à toda sociedade brasileira. Ainda hoje, tensionamos a construção de um Estado de direitos, onde haja possibilidade de participação cidadã, de diálogo e de negociação em prol de questões pertinentes à nossa maneira de viver, e que interfiram positivamente sobre nossas relações sociais, culturais e subjetivas. No entanto, vemos frequentemente a emergência de uma rede de poderes, deveres e assujeitamentos, sobretudo no campo da saúde, que nos leva a fazer a seguinte indagação: *Seremos todos sujeitos de direitos, regidos sob a luz das mesmas leis?*

Figueiredo e Furlan (2008) nos dizem que, na prática, essa não é uma verdade. Na ação humana, a lei opera à sua forma, pois entram em jogo sentimentos, poderes, desejos, interesses, subjetividades e paradigmas. E, por vezes, os indivíduos são vistos pela diferença que os marca na relação com a sociedade, perdendo a condição de sujeito possuidor de direitos e potências.

Neste aspecto, o direito, assim como a autonomia, se estabelece a partir de relações de poder. E, por isso, não seria possível pensar nesta temática, sem considerar as questões intrínsecas ao exercício deste. Mas não pretendemos fazer uma simples discussão conceitual, e sim, encontrar na ordem do vivido as barreiras que se erguem enfraquecendo a potência de agir de alguns em benefício de outros. Desta forma, a discussão aqui realizada terá como linha de raciocínio o direito como movimento, processo e poder de ação.

Não basta apenas o reconhecimento de direitos ou a proteção da singularidade, é necessário, como disse Bezerra Jr. (1992, p.124), criar um "processo ativo de ampliação da capacidade, de todos e de cada um, de agir de modo livre e participativo, onde a loucura não implique em impossibilidades". Pois o direito se dá na mesma medida em que há potência e poder de agir, ou seja, ter poder é ter direito (ESPINOSA, 2009). E, no que diz respeito a gestão da medicação em saúde mental, o poder de agir dos usuários, frequentemente, é menor que o dos profissionais de saúde, o que pode ser observado, também, nos fragmentos narrativos a seguir.

> *Em relação aos direitos dos usuários, eles têm direito de se negar a tomar o medicamento. Está escrito nos direitos dos usuários, naquele livrinho, verde, quadradinho. No entanto, acho que nossos usuários têm pouquíssimo poder. Eles têm medo! A sociedade funciona de uma forma muito autoritária. Não é só com o médico, o problema não é o poder médico, a gente tem que ver o poder da família também, como os vínculos são estabelecidos. Acredito que isso é o pano de fundo, e por isso entendo que autonomia e independência é um trabalho para ser feito de geração em geração. Acrescentaremos uma mínima mudança que pode ser passada de geração em geração, e algum dia, de repente, a pessoa consiga se empoderar de si mesmo. Os indivíduos em algum momento se perderam de si, se perderam do poder que possuiam sobre o corpo, sobre si mesmos, e deixaram isso para outros. Porque se eu erro, tenho que me responsabilizar, agora se for o médico, 'ele que não sabe nada, errou, me deu medicamento errado, que aquele medicamento me deu alergia, olha como o cara não sabe'* Penso que ficamos aquém de informar aos usuários sobre os seus direitos, poderíamos fazer isso em momentos mais amplos, a gente tem tudo para fazer e não faz, por medo mesmo. É aquela história, são os direitos dos usuários, e se eles souberem demais virão

questionar. E tem coisa que você tem para dar e outras que não tem. Tanto que em nosso grupo aconteceu algo super legal dos usuários se reunirem e falarem: - Olha, como que eu tenho direito à bula, se eu nunca vi uma bula na medicação? E descobrirmos que nós não tínhamos bulas. E que não tínhamos de onde tirar porque o medicamento vinha a granel. Então, isso é um direito dos usuários? É. Está escrito. Mas no fim estamos falando e não estamos dando. A gente fica no meio, vendido. O SUS está ficando muito vendido. O que se promove é maravilhoso é um exemplo mundial, mas na prática fica muito vendido. Quando o usuário vem questionar seus direitos, é aquele que sabe ler, aquele que conseguiu o material, ou aquele quer assessorar o partido político, exigindo o que sabe que você não tem. Não acho que aprendi sobre os direitos dos usuários, só acho que percebi que quando tocamos no direito dos usuários, não oferecemos o que é direito. Às vezes, porque não tem mesmo, não por que não se quer dar. Você tem direito a acesso à saúde, mas tem momentos que a gente se sobrecarregava com sessenta, setenta triagens em um dia, o que, é humanamente impossível para a equipe que trabalha dizer que aquela pessoa tem acesso à saúde naquele dia. Acaba desanimando você falar para o paciente que ele tem direito a exigir, que deve exigir, mas do outro lado, não tem isso para dar, não tem pessoal, não tem! [T05]

Eu acredito que o usuário tem o direito a recusar um tratamento medicamentoso, mas não tenho conhecimento se tem alguma legislação sobre isso. Acho que na carta de direito dos usuários deve dizer isso. No código de ética dos profissionais de enfermagem, também, se eu não me engano, diz que 'o paciente é dono do direito de cuidar do corpo'. No entanto, eu vivi uma situação no hospital, de um paciente HIV, que precisava retomar a terapia antirretroviral e ele não queria, só que ele estava com alguns sintomas. Foi feita a medicação contra a vontade dele. Eu me senti muito mal! Mas a equipe que eu trabalhava participou, e era uma equipe que apoiava. Mesmo assim me senti super mal. Mas também, acho que o usuário tem que querer contribuir para o tratamento, porque muitas vezes ele responsabiliza o profissional de saúde pela sua saúde. Então ele tem que querer se co-responsabilizar, e tem que, também querer entender melhor o efeito da medicação, se ele aumenta a medicação o que vai acontecer, se ele diminui o que vai acontecer. Se ele não quiser entender, aí é um direito dele. Essa foi mesmo uma recordação forte. O hospital não deixa o usuário ter direito quase nenhum, a verdade é essa sim. O usuário vira um refém daquela instituição, e a gente acaba sendo tarefeiro desse sistema. Assim, eu concordo hoje, apenas parcialmente com o que eu disse no passado. Eu continuo achando que tem que ter a co-responsabilização. Entretanto, nós, profissionais não podemos achar que damos isso para o usuário, por que, de fato, não queremos isso. A gente não quer que eles se co-responsabilizem. O que queremos no fundo é sentar e falar 'olha fulano, você vai fazer isso, isso e isso, beleza?' Já vi um colega médico que tem muita dificuldade de trabalhar com usuário de saúde mental, falando: 'para que vocês vão dar conhecimento para o usuário? Para que vocês querem fazer isso?' Acho que temos medo dos usuários se empoderarem do conhecimento e nos questionarem mesmo. Infelizmente, na equipe, o GAM ficou em única responsabilidade de duas pessoas, dois trabalhadores. A equipe como um todo fala, 'ah nós temos o GAM', mas quem faz o GAM? Muitos nem sabiam o que significava na verdade. Em uma reunião de equipe, fui fazer um repasse breve do histórico do andamento dos Grupos e ninguém nem sabia. Portanto, no futuro, uma sugestão para próximos grupos é tentar trazer a equipe mais para perto, mais pessoas para vivenciarem o GAM [T03]

Acho que o usuário tem direito a recusar o medicamento, mas diante do médico eles não conseguem dizer que não. Não conheço nenhuma lei sobre isso. Foi bacana saber que tinha lei em relação ao direito dos usuários, saber que é direito

> dele, pois eu não sabia que tinha. A gente supõe as coisas, mas poder ter o guia lá e falar: - "Tá aqui, ó!" De fato, foi interessante. A carta dos direitos dos usuários, eu nem sabia que tinha na verdade [T09]

Podemos perceber que, embora os trabalhadores cheguem a reconhecer a possibilidade de direito dos usuários, eles assumem a existência de limites ao seu exercício. Por um lado, devido as relações de poder estabelecidas entre profissionais, usuários e instituições, as quais encontra-se cristalizadas, desempoderando os indivíduos. Por outro lado, graças ao movimento de terceirização da capacidade de intervenção social sobre os corpos, que passaram ao longo dos anos, à necessitar cada vez mais do olhar clínico e do poder ilimitado da saúde. Podemos dizer que nos deparamos aqui com a experiência viva da *interiorização da disciplina*, enunciada por Foucault (2004), que é exercida e imposta através do medo, do julgamento e da destruição, em uma sociedade onde a dominação se dá de forma rarefeita e virtual, ramificando-se nos espaços sociais e atuando para docilização dos corpos.

Estamos tratando de uma tensão constante, que tende a reprimir a força do usuário, e silenciar sua voz pelo medo emudecedor gerado nas situações cotidianas de autoritarismo do saber médico e da norma social. E, nessa conjuntura, a questão dos direitos passa a ser definida e estruturada a partir da força em que os indivíduos conseguem colocar e sustentar seus desejos no encontro com o outro. Isso nos leva a reconhecer a consistência das palavras adotadas por Passetti (2013) ao definir que direito...

> *...só existe a partir do direito do mais forte, dentro de um específico embate. Não há direito no sentido etéreo ou como categoria universal. O direito é produzido pelo combate. E a força vencedora institui o seu direito que passa a ser um dever de todos (Idem, p.154).*

Entendemos, com isso, que a existência de um receio dos usuários em dialogar com os profissionais pode estar relacionado ao medo da reação desses trabalhadores ao serem questionados, e ao poder institucional que eles representam. Ao mesmo tempo, transparece nas narrativas que, embora o acesso à saúde, à informação e a bula sejam condições de direto, bem como a recusa à medicação, os usuários não tem poder de agir efetivo nesses casos, muito por apresentarem uma baixa implicação a esse respeito. Apontam que, em algum momento, os usuários passaram a terceirizar o poder de agir sobre seus corpos e perderam-se de si, em um processo de destituição das capacidades e transferência de cuidado, do sujeito

para os profissionais e serviços de saúde. Argumentam que, em grande parte, esse fenômeno se deve ao fato dos usuários terem dificuldade se responsabilizar por seus tratamentos, delegando para o outro a carga das intervenções.

Em contrapartida, estudos anteriores apontam que os usuários dizem não se sentirem escutados e amparados pela equipe, que precisa aprender a enxergá-los como sujeitos e cidadãos, e discutir com eles sobre o tratamento, incluindo o medicamentoso. Revelam perceber que embora os profissionais reconheçam a legitimidade, e apoiem sua participação em instâncias de controle social, o mesmo não é se evidencia no que diz respeito à inclusão na gestão de seu próprio tratamento. Tal achado aponta a necessidade de avançarmos no sentido da efetiva desconstrução da lógica tutelar e de captura dos sujeitos, em direção à produção de autonomia (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, *et al.*, 2012; GONÇALVES, 2013).

Além disso, os depoimentos destacam a existência de uma "falácia" da saúde sobre autonomia e direitos dos usuários, visto que, embora seja dito que é de direto dos usuários isso e aquilo, e que eles são sujeitos autônomos para realizar esta ou aquela função, nada ocorre fora dos limites estabelecidos por nós. Emerich (2012, p.42) já havia debatido nessa direção ao constatar que a autonomia tornou-se um "mantra nos serviços" de saúde mental, que obrigatoriamente encontra-se desenhada na construção dos planos terapêuticos singulares (mesmo e que prescritivamente), e habitam os discursos dos trabalhadores e pesquisadores da área.

Percebemos com isso que, apesar dos direitos estarem instituídos na forma de lei, na prática são desconsiderados tanto pelos serviços como pelos trabalhadores de saúde, que não garantem acesso à informação e ao atendimento, conforme as demandas/necessidades dos usuários. Isso se deve a uma forma de interação restritiva de autonomia e liberdade, que tem na regulação do acesso à informação, uma de suas ferramentas fundamentais de poder, como percebe-se no trecho narrativo que segue:

> *Eu não vi nenhum paciente nosso deixar de tomar medicação aqui ainda, talvez por falta esse conhecimento, não só para o paciente, mas para a equipe também. Eu vejo que ainda temos dificuldade de como lidar com essa coisa da medicação*

> *do paciente. Penso que eles não tomam as medicações corretamente, mas também não deixam de tomar!!! Teve apenas uma única paciente que fala em parar, mas na verdade, ela fala que ela não quer tomar mais, mas ao mesmo tempo ela entende que ela não consegue ficar sem. Sobre dar a medicação contra a vontade do paciente, aqui na atenção primária não tem isso Não existe! É um direito do paciente não tomar a medicação se não quiser. Mas não conheço lei que fale sobre isso."* No GAM eu descobri a Carta dos direitos do usuário. E nela, descobri que o usuário tem direito de não querer tomar medicação. E isso me fez pensar que muitas vezes, a gente acaba não orientando o paciente. Seja por não ter o conhecimento para orientar, ou porque gente descobre que o usuário bem orientado dá trabalho, aí embora a gente tenha o conhecimento, não passa para ele. Aquele usuário que tem o conhecimento e sabe dos seus direitos, cobra! E por isso, achamos que é melhor não saber. E nesse aspecto, conseguimos ver diferença nos pacientes que participaram do grupo. Eles conseguem cobrar mais as coisas. E eles sabendo o direito deles, nós nem precisamos ficar falando e cobrando. Aconteceu de pacientes que participaram do GAM chegarem com o livro em outros grupos da unidade e falarem assim: 'vem aqui que eu vou te mostrar, a medicação faz isso, isso, isso'. Também indagavam para ou outros: 'o médico perguntou para você se você queria tomar medicação? Ele perguntou para você o que estava acontecendo? Será que você precisaria tomar o remédio?'. Assim, achei muito doido ver um paciente com o livro do GAM na mão, no meio de outros grupos, falando essas coisas [T04]

Esse controle dos profissionais sobre a informação, surge como maneira de fazer barreira às resistências criativas, e despontencializar os movimentos de apropriação de si. De certo modo, podemos entender essa, como uma forma de restringir as possibilidades de produção de sujeito ativos que cobram seus direitos e tensionam uma mudança nas relações de poder das instituições. E, neste aspecto, os grupos GAM surgem como uma estratégia de redemocratizar o acesso a informações, tanto a respeito dos direitos, quanto ao sentido das escolhas terapêuticas para os usuários e para aqueles que se encontram em relação com eles.

Fica evidenciado nas narrativas uma mudança na postura dos usuário, participantes do GGAM, os quais tornaram-se mais proativos em relação a cobrança de seus direitos, passaram a compartilhar o conhecimento e a exercitar seus poderes de cidadãos. Outrossim, foi possível perceber que o mote 'medicação - poder de decisão dos usuários' assumiu um papel que vai além do direito, e configurou-se como analisador de uma prática de cuidado arraigada a concepções manicomiais e manicomiantes, e revelando circunstâncias de expropriação da potência de fazer dos indivíduos.

Nos depoimentos que seguem, podemos perceber um pouco mais sobre os efeitos reflexivos dessa intervenção nos trabalhadores. No primeiro momento, ao colocarmos a

questão do direito do usuário decidir sobre seu tratamento, surge, como ponto crítico desse processo, a dificuldade de co-responsabilização por parte dos profissionais de saúde. Existe um receio dos profissionais em assumirem um lugar de cogestão da medicação, uma limitação em acolher o desejo do usuário como legítimo, e o exercício do poder é utilizado frequentemente, como silenciador do conflito subjetivo, gerado pela possibilidade de recusa do psicotrópico. Além disso, essa dificuldade em estabelecer uma relação horizontal, de respeito aos desejos do usuário, encadeia processos que eliminam possibilidades de vida e cuidado, criando formas cristalizadas de existência.

> *"Se um usuário conversa comigo sobre o desejo de parar a medicação, primeiro vejo qual que é o quadro que esse paciente se encontra, qual a etiologia, o que levou ele a desencadear esse problema de saúde mental. Eu me sentiria com muita responsabilidade na verdade. Porque ele jogou toda responsabilidade para mim. Como se ele não conhecesse nada sobre a medicação, vem falar que está pensando em parar de tomar o medicamento X, e me pergunta 'o que você me diz sobre esse remédio? Como se eu fosse o poço de todo o conhecimento. Não é uma coisa que eu gostaria de ter, de exercer, na verdade. Acho que é muita responsabilidade". "Se ele insistisse, acho que chegaria para ele e falaria assim olha: "você tem que continuar tomando a medicação". Ia pedir para ele ir voltando, para a gente ir conversando e ver qual que seria a evolução do sujeito em questão. Se ele já tivesse parado de tomar a medicação eu iria continuar acompanhando ele ainda. Eu acredito muito no paciente."* Nossa Senhora! Infelizmente, eu realmente disse isso na época. Nessa minha fala, fica claro o que a gente quer ter poder sobre o usuário, mas não quer que ele venha nos cobrar. Geralmente falamos que somos oprimidos, mas nós somos extremamente opressores. A gente vira referência de um poço de conhecimento para o usuário. Acho que naquele momento, quando fiz a primeira entrevista vesti-me num papel de profissional de saúde conservador que a minha graduação me permitiu ser por um bom tempo. Hoje, não falaria algo assim e o GAM me ajudou nesse sentido. A gente acredita na saúde pública como uma construção coletiva onde se tem a participação da sociedade, onde se construa algo de fato legitima para o usuário e para a população. E nisso, o histórico do GAM me chamou muito a atenção. Fantástico! O usuário ter esse empoderamento de construir um instrumento tão bacana [T03]

É perceptível o espanto do profissional ao deparar-se com sua narrativa 7 meses após o início da intervenção, a qual traz à cena o papel opressor da saúde na vida das pessoas. Também aponta a incoerência entre a prática e as crenças na saúde pública, enfatizando que, apesar dos anseios por uma clínica democrática que garanta a participação dos sujeitos, ainda é possível habitar lugares de controle e assumir posturas restritivas das possibilidades de ser. Pois cotidianamente, corremos o risco de sermos enlaçados a uma lógica de institucionalização da vida, visto que, nos encontramos imersos num desejo de manutenção

da norma e do equilíbrio social, que está gravado em nós como marcas invisíveis, dotadas de formas de subjetivação maniqueístas e reducionistas do ser.

Segundo Dimenstein (2006, p.82), a todo o momento ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam, e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida e a potência do novo. Trabalhamos continuamente na fabricação de "modos de existência, capturados em sua força de invenção, de deveres fascistas que se voltam em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade". Precisamos ter claro que todos somos tomados por esta lógica, e que os serviços substitutivos não garantem, por si só, a superação desse desejo de exclusão que carregamos. Machado e Lavrador (2001, p.46) referem que esse modo de atuar traz implícito "um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar".

De certo modo, esse pode ser um dos motivos pelo qual a narrativa a seguir retrata no cenário das práticas, o mal-estar gerado na equipe no encontro com usuários que posicionam-se contrários à conduta estabelecida, especialmente no que se refere ao tratamento medicamentoso em quadros psicóticos. E a primeira maneira utilizada pelos trabalhadores, para garantirem que seja seguida sua indicação clínica, é lançar mão da medicação assistida ou de depósito.

> *"Se um paciente que acompanho decide parar com o uso do medicamento eu tentaria entender o motivo, tentaria negociar, conversar, pensar, proporia fazermos isso juntos. E dependendo do caso não ficaria desesperada, já teve gente que parou e ficou bem. Penso que é um direito do indivíduo poder experimentar essa sensação de parar, alguns não ficam bem e precisam voltar a usar, outros conseguem ficar sem. Se tenho um bom vínculo com a pessoa e ela tiver uma piora, acho que é fácil fazê-la perceber que piorou, mas muitos não contam quando param, só saberemos quando os sintomas reaparecerem. Os que mais falam que param são os que usam fluoxetina, mas como acho que tem um excesso de prescrição dessa medicação, eu nem fico preocupada, acho que não tem problema parar porque nem deveria ter iniciado. Fico mais preocupada com os casos de psicose. Mas em geral a equipe toda fica muito brava, especialmente os médicos, mas precisamos ponderar que não é fácil ter que tomar remédio todo o dia. Precisamos, deixar aberta a possibilidade do paciente consiga falar: "quem toma remédio é doente!" e ele se sente bem.* Realmente acho que dependendo do transtorno é possível sim termos um outro tratamento que não necessariamente a medicação. Mas, precisamos propor uma atividade, ampliar a rede social, entender a família, quem são os parceiros, descobrir o que tem na comunidade pra se fazer. Acho que eu toparia isso junto com ele mesmo, mas não de uma vez. Eu iria até o médico que prescreveu a medicação, perguntar:- quando que dá pra ir parando? Se

dá pra diminuir? Porque eu me coloco no lugar dele também (do usuário), acho que se eu tivesse uma doença crônica, em algum momento eu ia querer ficar sem remédio pra ver no que ia dar, até pra depois falar, não, agora eu vou tomar. A pessoa tem o direito de ver como que o organismo fica. “Será que tem que tomar o remédio pra sempre mesmo? Será que não dá pra ficar um tempo sem ou com menos?”. Mas se não desse tempo de fazer o que propus, ainda tentaria negociar com ele. Voltaria a propor fazermos juntos, pediria para esperar um pouco, pois já tomou por tanto tempo, para não retirar de repente. Acho que é algo comum as pessoas terem o desejo de parar, mas não sei se elas têm tanta crítica e se contam que pararam. Isso não é ensinado na graduação, não se fala sobre esse tipo de questão. Na verdade o que acontece, no meu dia a dia, na especialização, nas supervisões é: - Ah! Não tomou, então é injeção. Então quase que a pessoa não tem opção de não tomar, a gente tem os outros recursos para garantir que a pessoa esteja com a medicação no organismo e a gente não discute isso. Pensando hoje, se esse paciente chega e diz: oh parei! o medicamento, acho que eu ficaria muito tranquila por conta do vínculo, porque ele continua vindo e continua me dizendo. Portanto, não iria ficar desesperada, não iria fazer discurso ou dar bronca. Falaria: - “Está tudo bem, parou, então vamos ficar mais próximos agora”. Chamaria a família pra estar mais atenta. Se de fato ele começar a ter sintomas com a retirada da medicação e ficar pior, é um jeito de mostrar pra ele a medicação de fato ajuda. Que sem a medicação você vai ter crise, vai te desorganizar e tudo o que a gente construiu em três anos. Talvez não consiga caminhar sem a medicação. Mas tem momentos que decidimos que será uma medicação contra a vontade do paciente, a sensação às vezes é ruim, percebemos que estamos usando a força ou o “poder de autoridade que nos foi dado”. Quando a gente encontra as pessoas em crise, sem crítica de seu estado, e de fato a medicação pode ajudar, acabamos fazendo uma decisão que é pelo outro, de um jeito bem autoritário mesmo. Mas sinto que é mais fácil você ser autoritário quando a pessoa não tem crítica mesmo, e você entender que naquele momento terá que decidir pelo outro. Acho que a culpa fica menor do que quando a pessoa tem uma crítica e consegue argumentar, o sentimento fica mais angustiante. Mas, a negociação da medicação volta a ser possível quando a pessoa consegue ficar um pouco melhor [T09]

Quando um paciente diz que quer parar de tomar a medicação, acho ótimo, fico feliz. Podemos negociar com o usuário, mas acredito que é o mais difícil para o trabalhador da saúde, porque você precisa entender que a opção não é sua, e que ele pode querer algo que não é bom. Não é bom para você, claro. Isso é muito difícil. Você pode ficar uns 50 minutos argumentando, sobre o que tem de ruim em usar a medicação bla bla blá. E eles respondem: eu quero a medicação. O outro tem direito sobre si. Não tem a ver com o que você falou, ou com o que você quer, mas com o que o outro quer, e ele está sendo coerente com a vida que ele leva e com a relação que ele estabelece. Você está lhe dizendo que ele tem que mudar a vida dele, ele te diz que não quer, que para ele está bom assim, que o sofrimento não está dentro da vida dele Na unidade de saúde da família, o que se toma realmente, duvido que sirva para alguma coisa, uma fluoxetina por dia há cinco anos! Agora se não quiser tomar mais haldol, é outra história, porque aí a gente sabe que o impacto que vai ter nesse usuário daqui a 4 ou 5 dias em casa, na rua, na instituição é outro. É muita responsabilidade também. Tentaria mediar com o usuário até onde ele aceitaria tomar alguma medicação que lhe desse alivio, negociavamos a mudança de medicação, buscando entender qual é o simbolismo da medicação para aquela pessoa? Para alguns usuários em que a medicação é bem vinda, que graças a esse avanço da ciência médica, ele consegue viver na sociedade, não tem mais que internar, isso é interessante. Enquanto para outros significa perda, ele fica embotado, sem vontade de nada. Então ele tem razão.

> *Tenho uma paciente muito linda, que me ensinou muito, ela era super persecutória, começava a tomar Risperidona® e tinha um "des-sensualismo" muito grande, ela não queria transar com o marido. E nós intercalávamos, para ela ficar um pouquinho mais louca e um pouco mais feliz, depois ela ficava um pouquinho menos feliz e menos louca, mas a opção era dela [T05]*

Sabemos que a adesão ao medicamento nas psicoses representa um desafio, que pode estar relacionado à ocorrência de importantes efeitos colaterais, e a perspectiva de uso contínuo que, algumas vezes, desagrada as pessoas em tratamento. Nesses casos, o uso de injetáveis é uma estratégia muito comum para garantir a administração das doses prescritas, ainda mais quando há a resistência dos usuários em submeterem-se ao tratamento com psicotrópicos. Embora essa tecnologia possa auxiliar na manutenção de quadros menos agudos, devido ao apaziguamento da sintomatologia e consequente redução de internações, também pode fragilizar o exercício da autonomia e o *empowerment* dos usuários. Ao mesmo tempo, corremos o risco de cair em uma abordagem puramente técnica e instrumental de regulação de sintomas e observação rigorosa da prescrição farmacológica. Isso tende a reduzir o diálogo entre profissional e usuário apenas ao medicamento, deixando à sobra múltiplos não ditos do sofrimento (BARRIO *et al.*, 2008).

A medicação surge então, como estruturadora das relações de cuidado. Traz consigo o signo de estabilidade, manutenção do equilíbrio e redução das demandas espontâneas, por parte desse público, nos serviços de saúde. Isso nos leva a pensar que sempre pode haver, "na prática do processo da medicalização, uma proeminência da dimensão de agenciamento do sujeito" (OLIVEIRA, 2012, p.309).

> *Se um paciente diz que não quer mais usar a medicação, o que já aconteceu, pelo menos tento mostrar o quanto aquilo pode ter ajudado ou não na vida dele, dele se organizar e conseguir fazer as coisas do dia a dia, coisas bem concretas, como levantar, arrumar a casa, tomar banho, sair pra trabalhar, ter mais paciência com os filhos. Mas se mesmo assim, ele continua pretendendo parar, eu coloco: - Você vai parar, mas acompanharemos você. Digo que ele terá que conversar com o seu médico pra poder avaliar a situação, ver com ele se existe alguma alternativa, se suspende mesmo de vez. Mas às vezes, eles nem voltam, aí um belo dia está ruim pra caramba, te pega no corredor e fala que está ruim e deseja retomar o acompanhamento. Nessa situação fico um pouco angustiada, porque eles vão piorar e virão fora de dia, piores, aí teremos que recomeçar de novo. Não tenho agenda pré-semanal, eu realmente não consigo atender uma pessoa semanalmente pela demanda que existe, não consigo dizer: - Então volta na semana que vem, verei a sua piora e conversarei com o médico.* Foi interessante trabalhar com o GAM, talvez muito mais pra mim do que para qualquer usuário. Eu ganhei muito,

> de verdade! Mudaram muitas coisas, principalmente essa questão da causa-efeito da medicação. Não tenho mais essa percepção geral de que vai piorar com certeza. Alguns pacientes que conhecemos o histórico e a gravidade do problema, do transtorno da pessoa, nesses casos você sabe que se parar com o remédio a tendência será piorar. Entretanto, uma boa parcela dos pacientes que interrompem a medicação não vão piorar. Eles darão um outro jeito de lidar com os problemas da vida, podem até retornar pedindo remédio em outro momento, mas não em um grau de desorganização que eu imaginava que iriam ficar. Penso que ter conversado com as pessoas que vinham no grupo GAM, observando melhor depois de ler e ver os passos do guia permitiu perceber isso. Possibilitou olhar por esse outro prisma e ajudou a perceber que não é tão correlacional a parada da medicação com a piora. Penso que ficou mais tranquilo trabalhar assim, consigo conversar com mais tranquilidade com o paciente. Estou mais sossegada para lidar com isso, antes tinha mais receio. E também, não fico tão angustiada quando eles falam que precisam desesperadamente do remédio. Procuro entender o sofrimento da pessoa e acolho, não fico querendo resolver rapidamente a situação, consigo dizer que não vai dar agora, mesmo a pessoa não querendo ouvir isso. Ficou mais tranquilo avaliar agendar o atendimento se realmente precisa, sendo que anteriormente seria diretamente medicamento. Hoje considero que o meu conhecimento sobre os direitos dos usuários também melhorou após o GAM. É aquela coisa, de você ter a autonomia para dizer não para o tratamento, de não querer fazer o uso da medicação e de você não ficar querendo tanto que ele mude de ideia. Por que, a partir do momento que você aceita uma coisa dessas, uma pessoa de fora pode olhar e falar: - Nossa! Mas como assim? Que pessoa relapsa! Que mal profissional. E você ter a tranquilidade de saber que não é essa a verdade, de que você está respeitando sim aquela pessoa independente da escolha que ela fez. Ter a serenidade de aceitar e não achar que vai ser julgada por conta disso, ter essa segurança de falar não! A pessoa tem direito sim, e não está pondo ninguém em risco [T17]

A escolha de lançar mão de medicamentos de depósito, pode estar relacionada, não apenas aos efeitos em quem ela é administrada, mas também, na equipe que acompanha esses usuários. Essa prática surge como forma de aquietar o incômodo dos trabalhadores com o prejuízo da manutenção farmacológica, referindo-a como promotora de uma sensação de missão cumprida (ARISTIDES *et al.*, 2013).

Esse sentimento pode estar relacionado a existência de uma cobrança social histórica sobre os serviços de saúde. Uma "responsabilidade sanitária" de evitar a crise ou adoecimento, através da qual, as equipes são convocadas à atuar sobre situações de anormalidade existentes em seu território de abrangência, o que pode representar um forte convite à adoção de práticas invasivas como forma de garantir o controle, podendo ser uma delas a medicação de depósito. Sob a luz desse entendimento, esse tipo de abordagem legitima-se e tende a se fortalecer cada vez mais.

Emerge, ainda, a ideia da medicação como “única garantia” para evitar crises e sustentar a estabilidade do quadro emocional nos diferentes âmbitos da vida dos sujeitos. Parece que o trabalhador reconhece o uso do medicamento como única intervenção legítima e capaz de estruturar o indivíduo em sociedade, estabelecendo uma relação de causa-efeito entre a suspensão do uso do psicotrópico e a emergência da crise.

Tal percepção foi referida anteriormente em estudo sobre a GAM, no qual evidenciou-se através do discurso de alguns profissionais médicos, que apenas o medicamento é capaz de evitar crises. Além disso, naquela ocasião, um dos profissionais chegou a anunciar e defender que a permanêcia do usuário no serviço substitutivo estaria atrelada a adesão aos psicotrópicos ou a participação em atividades indicadas no seu projeto terapêutico (ONOCKO-CAMPOS, PALOMBINI, SILVA e PASSOS, 2012).

Somado a isso, existe uma crença de que, qualquer estado de desequilíbrio ou alteração no comportamento, que fuja da normalidade e gere sofrimento, é passível de ser solucionada por uma pílula, sendo que a enfermidade mental é vista como uma causa orgânica. Com isso, o remédio torna-se o único modo cientificamente válido de se obter a tão desejada saúde. Lefèvre (1983) relata que, de certa forma, essa crença não se trata apenas de uma ilusão, nem de uma “aparente eficácia científica”, pois de fato, o que agrava o mito dos medicamentos é que, em alguns aspectos, "*a dor some com...*".

Podemos pensar que, do ponto de vista subjetivo, a psicofarmacologia representa um possibilidade de produzir, em alguma medida, alivio ao sofrimento das pessoas, deixando-as com a sensação de maior “controle de si”, e de ajudando-as a reapropriarem-se, mesmo que parcialmente, de suas vidas (BARRIO *et al.*, 2008). E deste modo, a utilização de aparatos terapêuticos, entre eles a medicação, pode ser uma escolha legítima, quando se busca de neutralizar o sofrimento e a dor. E, embora tal forma de lidar com situações geradoras de mal-estar represente uma escolha válida e um modo de cuidado de si, não podemos desconsiderar que ela se dá em um campo de interinfluências constantes. O que temos visto é um movimento da contemporaneidade em busca na ação heterônoma (a medicação) que alivie o sofrimento.

Vivemos então, em uma época de construção de “paraísos artificias”, em que não há espaço para a dor e a experiência do adoecimento é extirpada pelo emudecimento químico. Tal fenômeno conduz ao que Perlbart (2008, p.17) chamou de “sobrevivencialismo biológico”, um estado de ser sequestrado da vitalidade social, submetidos à morna hipnose e à anestesia sensorial. E, assim, reduz a vida ao contorno de uma mera silhueta pela perversão de um poder que não elimina o corpo, mas o mantém numa zona intermediária entre a vida e a morte, entre o humano e o inumano: o sobrevivente.

> *Quando veio a proposta do grupo do GAM e eu fui pensar na nossa demanda de saúde mental. Percebi que a maior parte dos nossos pacientes tomam mais os da linha do Clonazepam®, Diazepam®. Também, não sabem ler, logo dá a impressão que a maior parte desses pacientes são doentes que nós criamos, os nossos, e que agora de alguma forma a gente vai ter que dar conta deles. Aqui na região, não tem um espaço público. Nosso único espaço público é o centro de saúde e uma ONG que é pra crianças e adolescentes, mas não pro idoso. Eles, na verdade, vem passear no centro de saúde, então eu acho que teria que ter mais praças de esportes mais coisas abertas pra essa população* Até tem alguns pacientes que não querem tomar a medicação, mas eu vejo que a maior dificuldade, hoje, é exatamente os ‘doentes’ que nós criamos, que são dependentes. Esse é o nosso verdadeiro nó. Então, uma coisa que a gente tem tentado é oferecer outras alternativas para o paciente antes da medicação, exatamente por conta disso. Em alguns momentos a gente trouxe para a reunião de equipe o que estava acontecendo. Falávamos das dificuldades, do que era bom, da resposta que os pacientes estavam dando. Por isso acho que o GAM teve algum tipo de influência nos trabalhadores. Por exemplo, quando alguns pacientes foram atrás dos direitos deles, o pessoal de dentro do centro de saúde começou a pensar um pouco nisso, sobre o direito do paciente. O pessoal até pensa em pegar algumas coisas para trabalhar com outros grupos. Alguns da equipe começaram a olhar para os diabéticos, hipertensos, com desejo de conversar a respeito dos direitos dos usuários [T04].
>
> *O que mais me angustia nos atendimentos é fazer uma força para a pessoa não precisar do medicamento e de repente passa com outro médico que não conhece a história, não conhece o território, fica angustiado com aquela vivência, que não é crise, e acaba medicando. Sendo que a pessoa também não tem autonomia para dizer que não quer o remédio naquele momento e fica difícil conversar, inclusive com o médico. Isso dá uma angústia, um sentimento de derrota e cansaço por todo um trabalho de dois anos porque o paciente o descarta, não considera os ganhos e pega o medicamento como se fosse algo mágico”* Lembrei de alguém que atendo há dois anos, querendo um diazepam®, querendo uma medicação para dormir, ou para anestesiar, e era o benzo que ela queria. E eu fazendo toda uma força contrária a isso. Aí nesses dois anos ela não tinha passado em consulta médica e quando passou, foi com o discurso que não conseguia dormir e a primeira coisa que a médica fez foi introduzir o diazepam®, aí fiquei super desanimada, pois não teve nem uma discussão para isso. Mas na verdade a vontade dela era tomar a medicação e eu estava em outro movimento [T09]

Os participantes evidenciam nestes relatos a ausência de espaços potencializadores de formas criativas de estar no mundo e a precariedade dos recursos

socioculturais da maioria de nossos bairros, restringindo a circulação do usuários aos equipamentos de saúde. Também, apontam a ocorrência de uma interpretação biológica para o mal-estar social, o que nos induz à crença de que estamos produzindo indivíduos intolerantes à inquietude decorrente das vicissitudes da vida, tanto usuários como profissionais.

Estamos empenhados em sustentar a qualquer custo a manutenção do “completo bem-estar biopsicossocial” em um único setor da sociedade, o da saúde, e, com isso, não nos questionamos sobre o limites de nossas intervenções. Passamos a categorizar como “nossas” todo sofrimento e cada dor dos indivíduos, e em uma postura de detentores do saber e das respostas sobre o outro, agimos de maneira condutiva, expropriando-o do saber sobre si e de sua potência de agir, ou seja, de seu direito de ser.

Percebemos a existência de uma memória afetiva da *pílula da alegria*, a qual pode conduzir usuários e profissionais ao encontro com a medicalização social. E, caminhando juntos nesse terreno, estamos à mercê de transformar toda queixa em síndrome, toda dor em doença, todo sofrimento em "transtorno" de caráter biológico, desconectando-a da vida vivida pelo sujeito (TESSER *et al.*, 2010).

Isso resgata o que foi apontado por Barrio *et al.* (2008), de que a relação com a medicação está imersa em um contexto extremamente complexo, plural e paradoxo, onde a eficácia vai além do aspecto biológico. Ela encontra-se no campo da subjetividade, incutido de valor simbólico, tanto de quem ingere como das pessoas ao seu redor. Talvez deva-se à isso, a primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011), a qual é apontada como único recurso terapêutico por 78% dos usuário de psicotrópico (DIMENSTEIN *et al.*, 2006).

Percebemos assim, que a medicação surge como ponto crítico para o avanço da clínica em saúde mental. E, exatamente por isso, precisamos apostar em formas mais inventivas de nos relacionarmos com o outro, onde o diálogo possa abrir espaços entre as forças de coerção que atravessam as práticas de cuidado, criando condições que permitam o exercício da autonomia e o reconhecimento do direito dos usuários.

No entanto, é insuficiente apenas a apropriação, por parte dos usuários, de seu status de sujeito de direto, inclusive para recusar o medicamento. É necessário que os profissionais e serviços de saúde os legitimem como tal, considerando e respeitando efetivamente seus desejos e escolhas. É preciso que nos tornemos mais maleáveis e abertos à experiência do/com o outro, potencializando, assim, a criação de territórios existenciais de liberdade (EMERICH, 2012, p.167). Deste modo, para entendermos esta dimensão, é fundamental compreender a si e ao outro como coprodutores de direito, e o direito como uma possibilidade de produção de vida e de existências (MERHY, 2012).

Nesse sentido, apontamos a GAM como um dispositivo potente de intervenção nas práticas de cuidado, visto que surge como um apoio aos usuários, no intuito de nortear seu processo de *empowerment* (BARRIO *et al.*, 2008; BARRIO *et al.*, 2013), tornando-se um importante mediador de construção de relações mais democráticas, que tenham o direito como premissa (VASCONCELOS, 2003).

Trabalhar com a GAM mobilizou os profissionais a ocuparem lugares diferentes na relação com os usuários e a assumir uma postura mais acolhedora, tanto com o outro, como consigo mesmo. Passaram a cultivar e compartilhar espaços de encontro com a singularidade da existência, em sua fragilidade e potência, onde o indivíduo torna-se sujeito e senhor de si. Assumem a possibilidade de olhar nos olhos, como estruturante de um processo de reconhecimento de vida, passando a ver mais além da dor e do sofrimento.

E nesse *estar com*, vemos brotar uma intensidade de afecções, em que o compartilhar ao invés de oferecer, traz à tona receios que se encontravam às sombras de um cuidado protetor que restringe a liberdade de ser e conduz os passos do outro, na direção de nossas escolhas de mundo. Surge então, com a experiência a possibilidade de se resignificar, de se transformar e de se reconhecer no encontro com aquele que até então só percebíamos como receptáculos de nossas intervenções.

Parece que a GAM nos possibilita ver, entender e aceitar o óbvio. Não temos todas as respostas, não somos onipotentes, não sabemos tudo sobre o outro, nem sobre o que ele tem, muito menos sobre o que sente. Somos apenas sujeitos que se colocam a serviço de

uma prática, que deveria impulsionar movimentos potencializadores de estados de felicidade e de vida, ao invés de normatizarmos e legitimarmos padrões de saúde.

Mas essas considerações são, de fato, resultado dos efeitos das narrativas dos participantes em nós, e não produções de palavras e memórias sobre uma experiência única e singular, que só pode ser transmitida por aquele que a experimenta. Vivemos na incerteza de estarmos ou não, sendo capazes de comunicar aquilo que nos foi presenteado nesta pesquisa. Contudo, o conforto reside na convicção de que não somos dotados da habilidade de participar aquilo que outros experimentaram, mas apenas o que nos acontece.

De certo modo, esse contato com a narratividade da experiência alheia, nos levou a construir um sentido sobre a experimentação da GAM e sobre o que acreditamos ou esperamos em relação a ela. E nessa dialética de refiguração das práticas cotidianas sob um espaço/tempo de criação somos levados a perceber o que somos, e o que deixamos de ser a cada momento. E ao passo que nos permitimos afetar com e pelo outro construímos um olhar mais permeável ao reconhecimento do sujeito como ser autônomo e de diretos. Por isso, decidimos concluir esse capitulo deixando os senhores da experiência narrarem por si. E possibilitando que contem para nós, o que do encontro com o usuário nos moldes da GAM, repercutiu em suas formas de ver o mundo e a si mesmos.

> Eu não participava muito da decisão sobre a medicação, era uma decisão exclusivamente médica, e em relação a isso eu mudei. O GAM ajudou muito. Hoje, eu tenho mais segurança para me colocar como trabalhador, de falar o que eu penso, me tornei referência na equipe de trabalho. Valeu muito a pena, foi um aditivo importante mesmo, não sei nem se foi no sentido clínico, técnico da saúde mental, mas na questão do se portar diante a um usuário, seja de saúde mental ou não. Hoje eu tenho mais tranquilidade de sentar na frente de um usuário e conversar. A abordagem que tenho é diferente, me ajudou na formação do vínculo. E a construção do vínculo com o usuário durante o grupo, para mim, foi uma coisa muito marcante, por que toda hora eu estava de frente com o sofrimento, com a curiosidade, com a expectativa. Tem um usuário que participou do GAM conosco que não conseguia arrumar emprego de jeito nenhum. Um belo dia ele arrumou um emprego, e eu chorei por causa disso. Ele me ensinou um jeito de fazer vinculo. A principal lição que eu tive dele é como se construir um vínculo: ouvindo, dando abertura para o usuário, saindo da posição de dominador do processo. É isso. Quando a gente faz o GAM, não é só o usuário que faz, a gente faz também. A gente acaba pegando alguns pontos de reflexão para vida, no cotidiano [T03]
>
> A GAM me fez pensar a gente acaba não orientando o paciente, algumas vezes por que a gente não tem o conhecimento, mas muitas vezes, também, por que a gente descobre que usuário que está bem orientado dá trabalho, aquele que tem o

conhecimento, e que sabe os direitos, cobra. A gente, ás vezes, acha que é melhor não saber. Hoje, eu os vejo diferença na minha relação e posição frente ao usuário. Eu acho que quando você vive dificuldades na vida você consegue se pôr no lugar do outro. E o GAM propiciou uma coisa de conhecer eles melhor e ouvir as dificuldades deles de um outro jeito, de um outro lugar. Eu tinha uma certa dificuldade de lidar com alguns pacientes, hoje eu não tenho mais, pois aprendi a ouvir o paciente falar. O grupo me fez olhar mais para ele, e tentar entender mais o que ele sente [T04].

O GAM me ajudou a refletir que é difícil a pessoa se empoderar, que não é por eu saber que vou e modificar uma conduta. Por isso, hoje estou mais branda na postura de que, de repente, a medicação não é a última alternativa. Se a pessoa quer mesmo, tá bom, se ela vai ser feliz, tudo bem. Antes do GAM as pessoas entravam na minha sala pensando, se eu deixaria que ela tomasse a medicação ou não. Acho que era mais dura, eu cansava a pessoa pra desistir da medicação, marcava outra consulta, fazia pensar sobre isso, oferecia mil outras alternativas possíveis. Mas agora, não. Estou bem mais branda, se quer, tá bom. Assim, me sinto muito mais tranquila, comecei a ver que a medicação não é só a medicação em si, mas o simbolismo da medicação dentro da vida [T05]

Percebo que mudaram algumas coisas, principalmente o fato de conseguir conversar melhor com os pacientes, pontuar a questão da medicação não ficar desesperada e achando que vai piorar se parar com o medicamento. De pensar que pode ser diferente, percebi que sempre tentei me colocar ao lado da pessoa, mas isto com o GAM ficou muito mais consciente, pois ele propõe um caminhar junto, não na frente, nem acima, mas poder trazer essa pessoa mais ao nosso lado possível, e ela poder tomar o caminho dela de uma maneira que você tenha contribuído de uma forma legal. É assim mesmo que temos que tratar as pessoas! Sinto uma proximidade com os usuários que participaram do grupo, uma relação diferente que foi resultado do GAM [T17]

Senti diferença no jeito que me posiciono frente ao usuário, após o GAM. Hoje converso mais, procuro entender se ele tem alguma dúvida em relação a medicação. Tem muitas coisas daquele livrinho que me fizeram pensar. A questão da bula, por exemplo, ‘porque no SUS não vem bula?’. Até então, eu não sabia o porquê, e eu fui investigar. Influenciou, então, em muitas coisinhas assim, pontuais do nosso trabalho, na forma de orientar os pacientes, na forma de falar, na linguagem. Foi aí que percebi que a nossa linguagem da saúde é tão rápida. Então comecei a agir de outra forma, explicar diferente até quando ficava encarregada de distribuir a medicação lá no posto [T06]

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao embarcamos neste processo de pesquisa e intervenção tínhamos na bagagem ideias e expectativas, sobre uma forma de fazer cuidado que estava além da técnica, mas representava um convite à assumir uma postura impulsionadora de práticas de libertação.

Estávamos apostando em uma estratégia que vinha na contramão de muitas práticas e convicções vigentes. Um modo de fazer saúde que, acreditávamos ser ponto de encontro e de mutação, dotado da possibilidade de alimentar tensões e produzir linhas de fuga em um contexto de deslegitimação do saber e do agir dos usuários da saúde.

Uma ferramenta da clínica baseada no respeito pela pessoa, suas decisões e seus direitos; que valoriza a qualidade de vida e a subjetividade envolvida no processo de tratamento. A GAM intenciona ampliar a compreensão acerca do sofrimento e do bem estar dos indivíduos, auxiliar o usuário na retomada de seu poder contratual e reconhecer a pluralidade de significações do tratamento na vida das pessoas.

Apesar dessa proposta, ter como mote a medicação, serve também como gatilho para outras reflexões sobre a clínica, a partir das quais, podemos direcionar nosso olhar para pontos delicados no avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao sustentar a abertura de espaços criativos de trocas e coresponsabilização, de empoderamento e cumplicidade, de olhares e afetos no encontro com o usuário da saúde mental a GAM-BR nos conduz por uma clínica da experiência.

Estar em contato com o outro, acolher seus desejos, suas histórias e seus medos, reconhecer na sua experiência de ser e de agir, seus direitos e sua autonomia só é possível se nos colocamos em relação. É isso que a GAM propõe. Ela nos convida a estar abertos as fragilidades e potências de indivíduos que, até então, eram escutados através do filtro dos sintomas, e nos chama a atenção sobre a necessidade de estarmos mais em relação. Trata-se de uma clínica que provoca um movimento de "desalojamento do eu[15]" permitindo a abertura para o novo.

Ao iniciarmos esse processo de intervenção, estávamos cientes de que encontraríamos muitos desafios para sua execução. Pois estávamos oferecendo um

[15] Termo utilizado por Advíncula (2001).

dispositivo que atua nas linhas de força e de dominação instituídas na saúde mental, talvez por isso, alguns trabalhadores não engajaram na proposta, outros não conseguiram concluí-la e parte dos serviços convidados consideraram não estar prontos para iniciar esse processo. Mas houveram aqueles que seduziram-se pela ideia, embarcaram nessa experiência conosco, e viveram na prática do cotidiano aquilo que até então existia apenas de forma insipiente no Brasil.

No entanto, tínhamos em mente que estávamos querendo produzir incômodo a respeito de algo que se quer havia sido colocado como questão propriamente dita. Queríamos que as pessoas olhassem através de uma fresta, e enxergassem por onde passa o feixe de luz que orienta nossas crenças e ideologias de cuidado em saúde mental. Mas, assim, como no mito da caverna, de Platão[16], não era possível que vissem e compartilhassem do que sentíamos enquanto se mantivessem presos as amarras da tradição, da norma e da cultura de um cuidado, que ignora as possibilidades de ser daqueles que subjazem nas relações de poder. Precisávamos que admirassem a potência de vida dos usuários, e não as sombras que os refiguram. E isso só seria possível se experienciassem, pois segundo Heidegger (2000) somente aquele que vive a experiência, no sentido de advento, e é por ela afetado, transformado, permite que o vivido se esparrame sobre si e o torne outro.

Nesta perspectiva, convidamos sujeitos agentes do cuidado em saúde mental a experimentar essa forma de estar, e esse jeito singular de olhar e de sentir aquele que vive a experiência do adoecimento.

Intencionávamos conduzir um processo de aceitação da diversidade de ser e suas possibilidades de existência criativa. Mas para isso era necessário que nos desvencilhemos das condutas normativas que nos forçar a reduzir as diferenças e igualizar o diferente. Advíncula (2001) considera ser necessário aceitarmos que a diferença do outro excede nossa capacidade de entendimento e de intervenção, e nos debruçarmos sobre a tarefa de reconhece-la como potência de ser, ou seja, reconhecer “o outro do outro” que se difere do que julgamos saber sobre ele.

> *Para o conhecimento, portanto, é necessário uma disposição afetiva, logo produzir conhecimento nessa medida/desmedida resultará no acolhimento do*

[16] Extraído de "A República". 6° ed. Ed. Atena, 1956, p. 287-291

> *surpreendente, e aquilo que desfaz o esperado em si e no mundo com os outros [...] pois as situações experienciais estão de uma forma ou de outra apontando para a imprecisão do viver (ADVÍNCULA, 2001, p.49 e p.68).*

Assim, ao percorrer as memórias desse processo, nos encontramos com uma narrativa de afetos, pois os participantes evidenciaram um movimento de dupla afecção, no qual contar da experiência da GAM e suas repercussões nos usuários, conduziu-os em um passeio sobre si mesmos, seus receios e preconceitos, suas tradições e posturas, suas ideologias e práticas. De tal modo que, o reconhecimento de si se deu a partir da relação com o outro, e tornou-se fator principal de mutação e subversão de uma ordem estabelecida, uma vez que as mesmas lentes que nos conduzem ao entendimento do outro evidenciam o que, do outro, reside em nós.

Os trabalhadores reconheceram as barreiras impostas tanto pelos profissionais como pelos serviços de saúde ao exercício de liberdade, direitos e autonomia do usuário. Sentiram a força da influência do saber-poder em sua clínica e notaram a perpetuação de uma cultura manicomial às sombras de suas ações.

Sobre o tratamento medicamento, verbalizaram ser um ponto delicado da clínica, tendo em vista os inúmeros significados e significantes que representa. Trouxeram ao nível do discurso, receios, fragilidades, expectativas e mitos acerca dos psicotrópicos, e relataram ter adquirido mais tranquilidade para abordar o tema junto aos usuários e à equipe, após a experimentação da GAM.

Perceberam ainda, as estratégias de dominação e assujeitamento frequentemente adotadas pelas pessoas e instituições, entre elas destacam a medicalização e a regulação de informações, desenvolvendo um olhar crítico e reflexivo a respeito. Nesse movimento, os trabalhadores se deparam com as limitações desse cuidado que intervém pelo outro, tutela e restringe a autonomia e o direto dos usuários sobre seus corpos.

Segundo Carson apud Onocko-Campos et al. (2013, p.2897) essa tendência à tutela existente em diversos serviços de saúde, tem sido justificado pelos "riscos potenciais" que esses usuários representariam à sociedade. Essa concepção contribui para manter viva a ideia de que os usuários são incapazes de discernir sobre o que é melhor para eles, e, portanto

não os cabe fazer escolhas, o que de certa forma empurra-os para fora do processo decisório de seu tratamento.

Podemos dizer que essa experiência auxiliou no ajuste do foco do cuidado para algo mais cogestivo, implicado e singular. Onde a medicação deixa de ser uma ferramenta de controle de sintomas e passa a ocupar um lugar acessório no tratamento e na vida das pessoas. Testemunhamos então a emergência de uma clínica centrada no sujeito, que valoriza suas perspectivas no manejo do sofrimento.

Verificamos que, esse movimento, auxiliou os trabalhadores a descer do pedestal do conhecimento científico e a caminhar em direção ao saber da experiência, o qual se deu no encontro, e a partir dele produziu sujeitos abertos às possibilidades mais criativas e singulares da clínica. E nesse sentido, a abordagem em primeira pessoa tornou-se mais legítima.

Perceberam ainda, a potência de vida que brotava no outro quando abriam-se espaços para a emergência de sujeitos mais autônomos, e ajustavam-se à escuta as narrativas da experiência de quem sabe o que sente, e sabe o que quer. A partir desse reconhecimento, os trabalhadores, assumiram uma postura mais flexível e democrática frente aos desejos e as possibilidades resultantes desse encontro.

Assim, ao entrarmos em contato com as memórias daqueles que fizeram o exercício de tentar suspender seus preconceitos e superar a distância entre o saber do profissional e do usuário, nos deparamos com sujeitos que tiveram a partir do encontro com o outro, interferências em suas práticas. Mas, o mais interessante nesse processo é que, até o momento do grupo GAM, essas não eram questões para esses trabalhadores, que desconheciam concretamente os obstáculos impostos aos exercício de direitos dos usuários e a autonomia dos usuários em saúde mental.

Compreendemos que esse efeito possa estar relacionado tanto as repercussões da experiência GAM, como ao desenho metodológico adotado nesse estudo. Acreditamos que a composição Narrativa e Hermenêutica como caminho em busca de avaliar as repercussões da experimentação da estratégia GAM-BR nas narrativas dos trabalhadores mostrou-se potente como dispositivo de intervenção e avaliação. Percebemos ao longo do estudo o surgimento de um devir hermenêutico nos participantes do estudo, um movimento de colocar

em questão as próprias verdades. Ao utilizarmos o dispositivo de narratividade como estratégia de reflexão, os indivíduos teceram considerações sobre si, ao passo que dialogavam sobre a estratégia de GAM e o processo de *empowerment* dos usuários e reconhecimento deles pelos profissionais de saúde, desenvolvendo assim, **“uma percepção de si no espelho das palavras”.**

Vimos, então a emergência de um estado de reconhecimento de si a partir da relação com o outro, como fator principal de mutação e subversão de uma ordem estabelecida, uma vez que as mesmas lentes que nos conduzem ao entendimento do outro evidenciam o que, do outro, reside em nós.

Então, em um movimento de retroalimentação no discurso dos participantes, percorreremos os resultados deste estudo, destacando as repercussões da experiência de GAM nos usuários, no trabalhador e na equipe. E neste sentido, podemos dizer que essa experiência possibilitou aos participantes entrarem em contato com questões até então subjugadas no campo da clínica hegemônica, que são a autonomia, o direito e a experiência dos usuários de saúde mental. Tal entendimento, nos leva a assumir que a composição estrutural desse estudo teve o potencial de induzir o desenvolvimento de linhas de força que atuam sobre nossos impulsos opressores, de modo a revelá-los e através dela poderemos – parafraseando Baptista (1999, p.116). "*explicitar e interpelar os possíveis manicômios invisíveis incrustados nas práticas sociais, no dia-a-dia, nos modos de funcionamento do pensar*"

6 REFERÊNCIAS

ADVÍNCULA, I. F. **Experiencias desalojadoras do eu e escuta clínica**. 2001. 228p (Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade Catolica de Pernambuco, Recife.

AGOSTINHO, S. O Homem e o Tempo. . In. **Confissões**. 10. Porto: : Livraria Apostolado da Imprensa, 1981.

ALMEIDA, J. L. T. D. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente.** . 1999. 139 (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ).

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.;KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. D. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** Porto Alegre: Sulina, 2009. p.131-149.

ALVES, R. Escutatória In. **O Amor que acende a lua**. 8. Campinas: Papirus, 2003. p.57-64.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. ISBN 85-85676-51-5.

ARISTIDES, J. L. et al. O cuidado aos usuários com transtorno mental em tratamento com medicação de depósito: percepções da equipe saúde da família. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina**,** v. 34, n. 1, p. 03-14, 2013. Disponível em: < http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/8680/13731 >. Acesso em: 21/01/2014.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas praticas de saúde.** 1. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2011. 284.

AYRES, J. R. D. C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, R. O., *et al*. **Pesquisa Avaliativa em saude mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. cap. 2, p.27-67.

BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sabios**. São Paulo: Summus, 1999.

BARRIO, L. R. D. et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 18, p. 2879-2887, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000012&nrm=iso >. Acesso em: 07/10/2013.

BARRIO, L. R. D.; PERRON, N.; OUELLETTE, J.-N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO-CAMPOS, R., *et al*. **Pesquisa Avaliativa em Saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade.** Saõ Paulo: HUCITEC, 2008. p.125-151.

BARRIO, L. R. D.; POIREL, M.-L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes. La Gestion autonome des médicaments de l'âme. **Nouvelles Pratiques Sociales**, Québec-Montréal**,** v. 19, n. 2, p. 111-127, 2007. Disponível em: < http://www.erudit.org/revue/NPS/2007/v19/n2/016054ar.html >. Acesso em: 20/12/2013.

BARROS, J. D. A. Paul Ricoeur e a Narrativa Histórica. **História, imagem e narrativas**, n. 12, p. 26, 2011. ISSN 1808-9895. Disponível em: < http://www.historiaimagem.com.br >.

BASAGLIA, F. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. Rio de Janeiro: Edições Graal, v.17, 2001. p.99-134.

BASTOS, S.; SILVA, A. L.; BERALDI, B. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: KEINERT, T. M. M.;PAULA, S. H. B. D. e BONFIM, J. R. D. A. **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. Instituto de Saúde: São paulo, 2009. p.109-117.

BEZERRA JR, B. C. Cidadania e loucura: um paradoxo? . In: BEZERRA JR, B. C. e AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospícios: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** . Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.113-126.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica** 1ª. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.41-71. ISBN 85-85676-04-3.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, p. 20-28, 2002. ISSN 1413-2478. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&nrm=iso >. Acesso em: 26/12/2013.

BRASIL, M. D. S. **I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório Final**. MENTAL, S. N. D. P. E. D. S. D. N. D. S. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde**:** 45 p. 1988.

_____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. SAÚDE., S.-E. S. D. A. À. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**:** 340 p. 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental., 2005. 56.

_____. Saúde Mental em Dados - 11. **SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Informativo Eletrônico**, Brasília**,** v. ano VII, n. 11, p. 36p, 2012. Disponível em: < www.saude.gov.br/bvs/saudemental >. Acesso em: 14/09/2013.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **DATASUS**, Brasilia, 2013a. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1 >. Acesso em: 08/10/2013.

_____. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília : Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2013b. ISBN 978-85-334-2019-9.

_____. **Implantação Nacional de Centros de Atenção Psicossocial - agosto 2013** Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES, 2013c. Disponível em: < http://189.28.128.178/sage/ >. Acesso em: 29/09/2013.

_____. **Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família - julho 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília, 2013d. Disponível em: < http://189.28.128.178/sage/ >. Acesso em: 26/09/2013.

BURKE, P. **A escrita da história: novas perspectivas.** São Paulo: Unesp. , 1992.

CAMARGO JR., K. R. D. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 17, p. 63-76, 2007. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100005&nrm=iso >. Acesso em: 10/01/2014.

CAMPINAS. **Banco de dados municipal-tabnet: dispensação individualizada de medicamentos (DIM)**. ORGANIZACIONAL, D. D. G. E. D. Secretaria Municipal de Saúde: DGDO 2010.

CAMPINAS, S. D. S. **Rede de atenção à saúde mental, alcool e outras drogas de Campinas/SP - Jan. 2013**. MENTAL, Á. D. A. À. S. Campinas 2013.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. D.; CASTRO, A. M. D. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 9, p. 745-749, 2004. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&nrm=iso >. Acesso em: 15/01/2014.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 23, p. 399-407, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&nrm=iso >.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. D. S. e GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.132-53.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. . In: CAMPOS, *et al*. **Tratado de saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec, v.1, 2006. p.669-714.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 19, p. 529-549, 2009. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&nrm=iso >.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: Os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S. e GUERRERO, A. V. P. **Manual de Praticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São paulo: Hucitec, 2008. p.96-131.

CORREIA, C. J. Ricoeur y la función conceptual de la identidad narrativa **Uaricha**, México**,** v. 1, n. 10, p. 74-82, 2008. Disponível em: < http://www.revistauaricha.org/anterioresa.html >.

COSTA, D. F. C. D.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro**,** v. 36, p. 572-582, 2012. ISSN 0103-1104. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&nrm=iso >. Acesso em: 01/01/2013.

DAL PIZZOL, T. D. S. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 28, p. 104-114, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100011&nrm=iso >.

DELEUZE, G. **Uma vida filosófica**. São Paulo: 34, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs- Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. 176 ISBN 85-7326-050-5.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contrução da sociologia compreensiva aos metodos qualitativos de avaliação. In. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São paulo: Hucitec, v.I, 2008. cap. 2º, p.68-77.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. D. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis**,** v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena**,** v. 4, p. 69-82, 2006. ISSN 1679-4427. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&nrm=iso >. Acesso em: 20/01/2014.

DIMENSTEIN, M. et al. Reinserção Social e Cotidiano de Usuários de Psicotrópicos. **Mnemosine**, Rio de Janeiro**,** v. 2, n. 2, p. 130-149, 2006. Disponível em: < http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/96/pdf_82 >. Acesso em: 23/01/2014.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena**,** v. 3, p. 23-41, 2005. ISSN 1679-4427. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&nrm=iso >.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica).
. **ISCTE, Cies e-working paper**, Lisboa, n. 60, p. 1-24, 2009. Disponível em: < http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES >. Acesso em: 25/08/2013.

EMERICH, B. F. **DIREITOS DOS USUÁRIOS EM INTENSO SOFRIMENTO PSÍQUICO, NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E DOS GESTORES DE CAPS**. 2012. 196 (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Campinas.

ESPINOSA, B. D. **Ética**. Lisbo: Relógio d'Água, 1992.

ESPINOSA, B. D. **Tratado Político**. 1. São Paulo: WMF Mantins Fontes, 2009. 361.

FERRARI, C. K. B. et al. Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences,** v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013. ISSN 1808-4532. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2262/1370 >. Acesso em: 01/12/2013.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saude e autonomia. In: CAMPOS, G. W. D. S. e GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.154-178.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 14, p. 129-138, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&nrm=iso >.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo de indicação/prescrição no municipio de Coronel Fabriciano-MG 2006**. 2008. (Mestrado). Faculdade de Farmácia Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

FLEITH, V. D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 13, p. 755-762, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700026&nrm=iso >.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 13, p. 2115-2122, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900016&nrm=iso >. Acesso em: 05/01/2014.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** . Porto Alegre: Bookman, 2004. 321.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Puniar: nascimento da prisão**. 29ª. Petropolis: Vozes, 2004. 262.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade classica**. 8. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade I: a voltade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2012. 176.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessarios à pratica educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Disponível em: < http://portal.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/Pedagogia_da_Autonomia.pdf >.

FURTADO, J. P. Avaliaçao para o conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p.191-206.

FURTADO, J. P. A avaliação participativa. In: OTERO, M. R. **Contexto e Prática da Avaliação de Iniciativas Sociais No Brasil**. São Paulo: Peirópolis 2012. p.21-41.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 24, p. 2671-2680, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100022&nrm=iso >.

GADAMER, H.-G. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 365.

_____. **O problema da consciência histórica**. 2. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 1991. 271.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. D. A. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online].** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 444 ISBN 85-7541-025-3 Disponível em: < http://books.scielo.org >.

GONÇALVES, L. L. M. **gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental**. 2013. 255 (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. 318.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. D. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012. Disponível em: < http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_93-101.pdf >.

GUIMARÃES, C. Ordinário e o extraordinário das narrativas. In: GUIMARÃES, C. e FRANÇA, V. **Na midia, na rua: narrativas do cotidiano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.7-17.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza**,** v. 3, p. 353-371, 2003. ISSN 1518-6148. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200006&nrm=iso >. Acesso em: 05/01/2014.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2000.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre**,** v. 19, p. 88-95, 2007. ISSN 0102-7182. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300013&nrm=iso >. Acesso em: 01/12/3013.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. **São Paulo: Nova Fronteira,** v. 3 ed, p. 164, 1975.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 24, p. 2354-2362, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&nrm=iso >.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo**,** v. 17, p. 500-503, 1983. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&nrm=iso >. Acesso em: 21/01/2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência - sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009. ISBN 978-85-88782-63-I.

LOPES. A contribuição paulista à Reforma em Saúde Mental brasileira: a construção de uma política de saúde mental antimanicomial. In: VIEIRA, M. C. T.;VICENTIN, M. C. G. e FERNANDES, M. I. A. **Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996.** Taubaté Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. p.29-91.

LOYOLA FILHO, A. I. D. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública,** v. 42, p. 89-99, 2008. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100012&nrm=iso >.

LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental - Ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica** 1ª. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.85-95. ISBN 85-85676-04-3.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e Subjetividade In: . In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. e BARROS, M. E. **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 22, p. 1639-1648, 2006. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&nrm=iso >. Acesso em: 29/09/2013.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu**,** v. 8, p. 21-32, 2004. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&nrm=iso >. Acesso em: 05/01/2014.

MARTINS, I. D. M. M.; RIBEIRO, M. Â. Liberdade e desejo na construção de identidades: múltiplos espaços, múltiplos migrantes. **Revista Tempo, Espaço e Linguagem (TEL)**, Ponta Grossa**,** v. 2, n. 2, p. 07-25, 2011. ISSN 2177-6644. Disponível em: < http://www.revistas2.uepg.br/index.php/tel/article/download/2664/2253 >. Acesso em: 12/01/2014.

MARTINS, P. C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 19, p. 679-694, 2009. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300007&nrm=iso >. Acesso em: 10/01/2014.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo**,** v. 21, p. 267-279, 2012. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200002&nrm=iso >. Acesso em: 17/01/2014.

MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G. D.; SOUZA, E. R. D. **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 243.

MITJAVILA, M. R.; MATHES, P. G. Saúde Mental e Medicalização da Criminalidade no Brasil: trajetórias recentes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis**,** v. 4, n. 10, p. 1-11, 2012. ISSN 1984-2147. Disponível em: < www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2340/2841 >. Acesso em: 01/10/2013.

MONTGOMERY, K. **How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine**. New York: Oxford University Press, 2006.

MOURA, R. H. D.; BOARINI, M. L. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro**,** v. 19, p. 217-235, 2012. ISSN 0104-5970. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100012&nrm=iso >. Acesso em: 03/10/2013.

NIETZSCHE, F. W. **Assim Falou Zaratustra**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

OLIVEIRA, S. M. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 22, p. 291-309, 2012. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100016&nrm=iso >. Acesso em: 22/01/2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo**,** v. 42, p. 1090-1096, 2008. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&nrm=iso >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 16, p. 4643-4652, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&nrm=iso >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 16, p. 967-980, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&nrm=iso >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu**,** v. 16, p. 967-980, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&nrm=iso >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. **Guia da Gestão Autônoma da Medicação: guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátrico.** DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS,, 2012. Disponível em: < http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/arquivos/ggamBr.pdf >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 18, p. 2889-2898, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&nrm=iso >. Acesso em: 08/10/2013.

OTANARI, T. M. D. C. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro**,** v. 35, p. 460-467, 2011. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400004&nrm=iso >.

PASSETTI, E. O carcereiro que há em nós. In: CRP/RS. **Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do RS, 2013. p.147-182.

PASSOS, E. et al. A dimensão instituinte da avaliação. In. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. cap. 2,

PASSOS, E.; EIRADO, A. D. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.;KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. D. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** Porto Alegre: Sulina, 2009. p.109-130.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 18, p. 2919-2928, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000016&nrm=iso >. Acesso em: 24/12/2013.

PATTON, M. Q. **Utilization-foucused evaluation**. United State: SAGE Publications, Inc., 2008. 667 Disponível em: < http://www.amazon.com/Utilization-Focused-Evaluation-Michael-Quinn-Patton/dp/141295861X#reader_141295861X >.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos**,** v. 11, n. 2, p. 241-58, maio-ago 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf >. Acesso em: 25/09/2013.

PELBART, P. P. Manicômio Mental - a outra face da Clausura. In: GUATTARI, F., *et al*. **Saúde e Loucura**. 3. São Paulo: HUCTEC, v.2, 1990. p.131-8.

_____. **Vida e Morte em Contexto de Dominação Biopolítica**. Ciclo "O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão". Instituto de Estudos Avançados da USP. São Paulo: IEA-USP**:** 21 p. 2008.

PINHEIRO, J. D. Q.; FARIAS, T. M.; ABE-LIMA, J. Y. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. **Psico,** v. 44, n. 2, p. 184-192, 2013. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11216/9635 >.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 16, p. 4579-4589, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&nrm=iso >.

PÔRTO, K. D. F. **ELEMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa**. 2012. 257 (Dissertação (Mestrado)). Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. . In: JUNIOR, B. B.;TUNDIS, S. A. e COSTA, N. D. R. **Cidadania e loucura : politicas de saude mental no Brasil /**. 6. Petrópolis: Vozes, 2000. p.288p.

RICOEUR, P. **Interpretação e Ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 174.

_____. **Tempo e Narrativa (Tomo I)**. Campinas-SP: Papirus, 1994. 327.

_____. **Tempo e Narrativa (Tomo II)**. Campinas-SP: Papirus, 1995. 287.

_____. **Tempo e Narrativa (Tomo III)**. Campinas-SP: Papirus, 1997. 519.

_____. Narratividad, fenomenología y hermenéutica. **Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura**, La Rioja (España), n. 25, p. 189-207, 2000. ISSN 0211-2175. Disponível em: < http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=72411 >.

_____. **O único e o singular**. São Paulo: UNESP, 2002.

_____. Memory, history, oblivion. Conferência Internacional: Haunting Memories? History in Europe after Authoritarianism, 2003, Budapeste. Fonds Ricoeur, 8 de março. p.18.

RICOUER, P. **Hermenêutica e Ideologias**. 2. Petrópolis: Vozes, 2011. 183.

ROSA, B. P. G. D. D.; WINOGRAD, M. Palavras e Pílulas: sobre a medicamentalização do malestar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais**,** v. 23, p. 37-44, 2011. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/3093/309326564006.pdf >. Acesso em: 15/01/2014.

ROUANET, S. P. **As razões do Iluminismo.** 5ª. São Paulo:: Companhia das Letras, 1998.

ROZENFELD, S.; FONSECA, M. J. M.; ACURCIO, F. A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 23, p. 34-43, 2008. ISSN 1020-4989. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000100005&nrm=iso >.

RRASMQ-ÉRASME. **Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale: guide D'accompagnement.** (RRASMQ-ÉRASME), R. D. R. A. E. S. M. D. Q. É. D. R. E. D. A. E. S. M. E. C. Montreal: RRASMQ-ÉRASME; 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual Conciso de Psiquiatria Clínica.** 2ª. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SALLES, W. Paul Ricouer e a hermenêutica de si no espelho das palavras. **Utopìa y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo**,** v. 14, p. 41-58, 2009. ISSN 1315-5216. Disponível em: < http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162009000400004&nrm=iso >.

SAÚDE, B. M. D. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde: Brasília**:** 9 p. 2007.

SIMONI, A. C. R. **A formaçao dos profissionais de saude em equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saude mental**. 2007. 228 (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SPINELLI, H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas do trabalho. In: ONOCKO-CAMPOS, R., *et al*. **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeito de narratividade**. São Paulo: Huctec, 2008. p.68-77.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 22, n. 9, p. 1845-53, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/08.pdf >. Acesso em: 03/10/2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira. da decada de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciencia, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro**,** v. 9, n. 1, p. 25-29, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu**,** v. 10, p. 61-76, 2006a. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&nrm=iso >. Acesso em: 01/01/2014.

_____. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 10, p. 347-362, 2006b. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&nrm=iso >.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. D. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro**,** v. 15, p. 3615-3624, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&nrm=iso >. Acesso em: 23/01/2014.

TURGEON, J.; JACOB, R.; DENIS, J.-L. Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). **Les Tribunes de la santé**, Quebéc**,** v. 1, n. 30, p. 57-85, 2011. Disponível em: < http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_030_0057# >. Acesso em: 09/10/2013.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2006. 208 (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

7 ANEXOS

Anexo I – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.

CEP, 24/10/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 520/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0448.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"UTILIZAÇÃO DOS GRUPOS GAM COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO PARA RECONHECIMENTO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sabrina Stefanello
INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/06/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/10/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Verificar se a participação em grupos Gestão Autônoma da Medicação (GAM) por profissionais da rede de saúde e alunos de especialização, promove reflexões sobre a autonomia dos usuários de serviços de saúde em relação aos seus tratamentos.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de uma pesquisa de intervenção com caráter avaliativo a partir de triangulação de métodos qualitativos. Participarão desta pesquisa residentes de psiquiatria, residentes de saúde da família, residentes de medicina preventiva e social e aprimorandos de saúde mental e gestão e planejamento cujas atividades práticas são desenvolvidas no serviço público de saúde e que aceitarem participar da pesquisa; trabalhadores de nível médio ou superior das unidades em que serão desenvolvidos os grupos de intervenção; usuários de serviços de saúde vinculados às unidades em que cada grupo GAM será estabelecido. São critérios de inclusão: possuir diagnóstico de transtorno mental ao qual tenha sido prescrito psicofármaco de maneira crônica e aceitar participar da pesquisa. Serão realizados semanalmente grupos de intervenção com os usuários da saúde mental, totalizando 18 a 20 encontros, perfazendo um período de aproximadamente 6 meses. Cada grupo de intervenção será constituído por: 1 - uma ou duas pessoas que estão realizando um curso de especialização na área da saúde, podendo ser: residente de psiquiatria e/ou saúde da família, e/ou de medicina preventiva e social, e/ou aprimorando de saúde mental, e/ou aprimorando de gestão e planejamento; que exercerá a função de moderador. 2- um dos trabalhadores de saúde do serviço em que será realizado o grupo GAM que ajudará como facilitador do grupo e articulador do grupo com o serviço no qual está inserido. 3 - cerca de 10 usuários, observando os critérios de inclusão e exclusão, do serviço de saúde pública escolhido para realização do grupo GAM. 4 - um apoiador da pesquisa, que não participará diretamente do grupo GAM, porém ajudará os participantes para esclarecimento de dúvidas e auxílio diante de dificuldades, podendo participar eventualmente dos grupos GAM. Será realizada uma reunião quinzenal com os facilitadores e os moderadores dos grupos GAM com os

pesquisadores que exercerão a função de apoio. Somado a isso cada grupo GAM terá apoio individual de um pesquisador em horário a ser combinado para ajuda com as dificuldades e dúvidas que surjam ao longo do processo, sendo preferencialmente o mesmo pesquisador para o mesmo grupo GAM durante todo o período da pesquisa. Tanto o moderador do grupo quanto o facilitador, ao final de cada grupo de intervenção registrará suas impressões em diário de campo com um roteiro norteador. Serão realizadas oficinas com todos os participantes dos grupos, sendo cada uma com no máximo 30 pessoas para levantar informações sobre o que deveria fazer parte do guia do moderador. Serão utilizados diários de compõe entrevistas individuais que posteriormente serão transformados em narrativas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários dos serviços de saúde)

Você foi convidado para participar de uma pesquisa, que se chama Utilização dos Grupos GAM como instrumento de educação para reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental. Ela tem o objetivo de verificar se a participação em grupos que tem o Guia de Gestão Autônoma da Medicação como dispositivo promove reflexões, por parte dos profissionais da rede de saúde e dos pós-graduandos de cursos de especialização, sobre a autonomia dos usuários de saúde mental em relação ao tratamento.

Se você aceitar participar, irá fazer parte de um grupo de intervenção, operado por um residente de psiquiatria, e/ou de medicina de família, e/ou de medicina preventiva e social e/ou aprimorando em saúde mental; facilitado por um trabalhador local e com apoio de um pesquisador envolvido neste projeto. Este documento vai garantir:

1) Que você possa pedir, a qualquer momento, maiores informações sobre esta pesquisa;

2) Sigilo absoluto sobre seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal;

3) Que você possa negar-se a responder qualquer questão ou mesmo dar qualquer informação que julgue prejudicial à você;

4) Que você possa desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa.

Caso você não queira participar deste estudo, isso não mudará de forma alguma o seu tratamento ou de seu familiar.

Este termo é para certificar que eu, _____, portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido'**, concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

_____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Sujeito Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da Pesquisa: Rosana Onocko Campos
Médica sanitarista Profa. Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM – Unicamp Telefones para contato: (19) 35219574

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.

Anexo III -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Trabalhador)

Esta pesquisa, que se chama Utilização dos Grupos GAM como instrumento de educação para reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental, tem como objetivo geral de verificar se a participação em grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) por profissionais da rede de saúde e de cursos de especialização promove reflexões sobre a autonomia dos usuários de saúde mental em relação ao seu tratamento. Serão objetivos específicos desta pesquisa:

1. Avaliar se a utilização do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, versão brasileira, em grupos de gestão autônoma da medicação promove reflexão sobre o reconhecimento de autonomia dos usuários pelo residente de psiquiatria, residente de saúde da família, residentes de medicina preventiva e social e por aprimorandos em saúde mental.

2. Verificar se grupos GAM com a utilização do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, versão brasileira, promove reflexão sobre o reconhecimento de autonomia dos usuários pelo profissional de saúde.

3. Elaborar a partir dessa experiência com os grupos GAM um "Guia do operador", através de oficinas com operadores e facilitadores.

Sua participação na pesquisa seria como facilitador de um grupo de GAM, tendo como operador um residente de psiquiatria, e/ou de saúde da família, e/ou de medicina preventiva e social, e/ou aprimorando de saúde mental e apoio regular de pesquisador envolvido no estudo. É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos. Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento. Assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____,
portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente de seus objetivos e procedimentos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO,** concordando em participar da pesquisa proposta. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

_____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Sujeito Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da Pesquisa: Rosana Onocko Campos
Médica sanitarista Profa. Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM – Unicamp Telefones para contato: (19) 35219574

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.

Anexo IV - Roteiro Entrevista T0: Estudantes de especialização/Trabalhadores

1. Introdução ao tema: reconhecimento da autonomia do usuário do serviço de saúde.

a. O que você entende por autonomia?

b. O que você entende como um usuário com autonomia?

c. O que você escutou ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre a influência do contexto dos usuários no tratamento?

2. Conhecimento sobre medicamentos

a. Que aspectos que você aprendeu ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre tratamentos medicamentosos?

b. Na sua prática diária como se decide sobre os tratamentos medicamentosos?

c. E em caso de dúvida como você faz?

d. O que você acha que seus pacientes sabem sobre medicamentos?

3. Capacidade de gestão e compartilhamento de decisões

a. Como você acha que um paciente pode contribuir para o sucesso do seu tratamento?

Um paciente para o qual foram prescritos psicotrópicos, acompanha com você há três anos, lhe comunica que quer parar de tomar o medicamento.

b. Como você experimenta ou vivencia essa situação?

c. Como agiria?

d. E se ainda assim ele insistir em largar os medicamentos, como você encaminharia a questão?

e. O que você escutou ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre casos semelhantes?

O seu paciente retornou, deixou de fato de tomar a medicação.

f. Como você experimenta ou vivencia essa situação?

g. E como agiria?

Nos dias seguintes esta pessoa apresenta sintomas decorrentes da descontinuação dos medicamentos.

h. Como é para você estar diante dessa situação?

i. E como agiria?

j. Você consegue pensar em alternativas não medicamentosas? Quais?

k. Como é decidida a medicação contra a vontade do paciente?

l. Como você se sente quando você ou seu colega médico prescreve um medicamento contra a vontade do paciente?

4. Direitos do usuário

a. Você acha que os usuários de serviços de saúde têm o direito a recusarem o uso do medicamento?

b. Você conhece alguma legislação sobre isso?

c. Se algum paciente quiser reclamar ou fazer sugestões sobre o serviço como ele faria?

d. E se algum paciente quiser reclamar de você, da sua conduta? Como ele faria?

5. Existe alguma outra informação sobre o seu cotidiano de trabalho que você gostaria de acrescentar?

Anexo V - Roteiro Entrevista T1: Estudantes de especialização/Trabalhadores

1. Você se reconhece na narrativa lida, referente a primeira entrevista? O que achou ao se lembrar dela?

2. O que mais você gostaria de contar sobre a experiência de vivenciar os grupos GAM?

3. Houve alguma mudança na sua prática que possa ser atribuída à sua participação nos grupos GAM? Qual?

a. Em relação, ao conceito de autonomia.

b. Em relação a sua posição frente ao usuário.

c. Em relação ao conhecimento sobre medicamentos.

d. Em relação ao conhecimento dos direitos dos usuários.

4. Como foi trabalhar com o Guia GAM?

5. Quais foram as dificuldades encontradas na operacionalização inicial dos grupos GAM?

6. E no seu desenvolvimento?

7. Que sugestões você apontaria para facilitar a operacionalização dos grupos GAM nos serviços?

8. Você percebe alguma mudança nos usuários que participaram dos grupos GAM? Qual?

9. Como você avalia a capacidade de gestão dos usuários frente aos seus tratamentos medicamentosos, após ter participado dos grupos GAM?

10. Você percebe alguma influencia dos grupos GAM no cotidiano do serviço onde você trabalha/estagiou?

11. Que sugestões você daria para aprimorar a estratégia de apoio oferecida?

12. Existe alguma outra informação que você gostaria de acrescentar?

Anexo VI - Roteiro para diário de campo dos encontros dos grupos GAM

Data:

Presentes (especificar motivos de eventuais ausências e desistências)**:**

<u>Impressões gerais sobre o encontro contemplando:</u>

- trecho do guia utilizado no encontro (como foi operar o grupo nessa etapa? Dificuldades e potências de conduzir tal trecho. Que efeitos produziu?)

- grupo (descrever o clima, a interação usuários/usuários, usuários/operadores, usuários/facilitador, facilitador/operador, horizontalidade/verticalidade das relações, participação – quem participa, de que modo?). A ideia aqui é poder acompanhar a constituição da grupalidade ao longo dos encontros.

<u>Efeitos no operador:</u>

- O que você achou do encontro?
- Quais suas impressões pessoais?
- Como se sentiu ao fim do encontro?
- Que efeitos (em você) atribui terem surgidos da participação como operador/facilitador do grupo GAM?